FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 101

ÉTUDE

SUR LES

RAPPORTS DE LA SYPHILIS ET DU TABES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Stanislas COSTE-LABAUME

Né le 13 Juillet 1873, à Lyon (Rhône)

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

LYON

TYPOGRAPHIE — IMPRIMERIE C. ALRICY — LITHOGRAPHIE

5, cours Lafayette (passage Coste)

Janvier 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . Doyen.
LACASSAGNE. . . . . Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements	POLLOSSON(A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE —
Botanique	BEAUVISAGE —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, *Président ;* M. COLLET, *Assesseur ;* MM. PIC et BÉRARD, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Quand, arrivé au terme de ses études, on jette un regard en arrière et qu'on songe à ses premiers pas indécis et embarrassés dans le vaste champ des sciences médicales, on est quelque peu surpris d'en avoir si facilement parcouru les étapes. Mais on s'aperçoit vite que si les difficultés ont paru légères, si les obstacles ont été aplanis, c'est que plus d'un maître a su diriger et encourager vos efforts.

Notre reconnaissance ira d'abord à M. le Professeur Lépine, dont la sollicitude nous a suivi pendant tout le cours de nos études avec une bienveillance amicale qui ne s'est jamais démentie. Il a bien voulu mettre sa haute expérience et sa profonde érudition à la portée d'un débutant, c'est pour nous le plus agréable des devoirs de lui exprimer ici nos bien vifs remerciements.

Nous devons aussi une sincère gratitude à tous les professeurs qui furent nos maîtres pendant nos années d'externat : M. le Professeur Bard, dont le récent départ nous a privé des leçons d'un clinicien hautement apprécié ; M. le Dr Cordier, qui nous a initié avec tant de compétence à l'étude des maladies cutanées ; M. le Professeur Gayet, l'éminent

ophtalmologiste, chez qui le savoir égale l'expérience; enfin, M. le Dr Vincent, qui nous a aidé à compléter le bagage de nos sciences médicales.

A tous les maîtres qui nous ont témoigné à diverses reprises des marques si fréquentes d'intérêt; MM. les Professeurs Augagneur, Fochier, Lacassagne et Testut; MM. les Professeurs agrégés Collet, Jaboulay, Paviot et Rollet, nous garderons également un reconnaissant souvenir.

Enfin, nous avons rencontré chez MM. les Professeurs Pierret et Gailleton, chez M. le Professeur agrégé Pic, des enseignements et une sympathie qui ont facilité dans une large mesure notre tâche sur l'étude des rapports de la syphilis et du tabes ; nous leur en conservons un gré infini.

Que MM. les Chefs de clinique, Aurand, Etiévant, Jacqueau et Pauly, que notre ami, le Dr Pont, soient persuadés que nous n'oublierons jamais leurs bonnes et utiles leçons.

INTRODUCTION

Les rapports de la syphilis et du tabes ont fait l'objet de si nombreuses études depuis les premières communications du professeur A. Fournier; ils ont donné lieu à de si nombreuses statistiques dans les divers pays européens, qu'il peut paraître suranné d'apporter un nouveau travail sur ce sujet. Il y a beau temps en effet qu'on ne met plus en doute l'influence originelle de la syphilis sur la production du tabes.

L'étiologie syphilitique que les anciens auteurs groupaient tant bien que mal à côté de causes telles, que la suppression soudaine d'une transpiration habituelle des pieds, la disparition subite d'un flux hémorrhoïdal ou la cessation d'une diarrhée invétérée, tient aujourd'hui la place prépondérante dans nos traités classiques.

On discute encore il est vrai, l'influence de quelques diathèses, de quelques intoxications, mais combien nous sommes loin des quinze espèces d'ataxies que distinguait Eisenmann :

L'ataxie rhumatismale ;
L'ataxie goutteuse ;
L'ataxie maremmateuse ;
L'ataxie diphtéritique ;
L'ataxie rachitique ;
L'ataxie lépreuse ;
L'ataxie cancéreuse ;
L'ataxie syphilitique ;
L'ataxie saturnine ;
L'ataxie atropique ;
L'ataxie hystérique ;
L'ataxie par suppression d'une secrétion habituelle;
L'ataxie leucorrhéique.

Comme le dit bien justement Marius Carre dans son ouvrage si magistralement conçu, cette façon de comprendre l'étiologie d'une maladie est un abus. Il ne suffit pas qu'une influence morbide précède l'ataxie pour qu'on lui applique l'aphorisme vieilli : *Post hoc ergo propter hoc.*

En revanche, lorsqu'un même phénomène, une même affection, se présente avec une fréquence anormale dans les antécédents d'une maladie, on ne peut nier l'hypotèse plausible, vraisemblable, d'un rapport liant cette maladie au fait le plus constamment observé.

C'était le raisonnement qu'avait tenu Fournier, quand, frappé de la présence presque constante d'un passé syphilitique chez les ataxiques, il émit, en 1875, l'idée que le tabes avait presque toujours pour origine cette maladie vénérienne. Sa doctrine fut d'ailleurs accueillie avec une véritable défaveur. Un des maîtres

du savant professeur actuel, constatant ce tolle universel lui dit même : « Je crains bien mon cher ami, qu'avec votre tabes d'origine syphilitique, vous ne vous soyez mis sur les bras une mauvaise affaire. »

L'avenir en devait décider autrement. Depuis,on s'est battu à coups de statistiques et d'observations ; on a opposé aux arguments, contre argumentations.

Ce n'est pas le lieu de faire ici l'historique de cette lutte, nous aurons l'occasion d'en retracer rapidement plus loin les faits les plus saillants ; mais il reste un point encore en litige : c'est le degré de fréquence de l'étiologie syphilitique dans le tabes ; peut-être même, son action exclusive ?

Il est également nécessaire de faire la part des prédispositions morbides et des causes occasionnelles; leur influence sur le début plus ou moins hâtif des accidents, sur la marche plus ou moins aiguë de l'ataxie locomotrice n'est pas à mettre en doute.

C'est l'étude de ces deux points qui a principalement motivé notre travail.

Après le dernier congrès de neurologie tenu à Moscou en 1897, ces diverses questions ayant donné lieu à de brillantes discussions, il nous a paru intéressant de considérer les rapports de la syphilis et du tabes selon l'état actuel des opinions en cours.

Nous avons parcouru les divers ouvrages qui ont trait à ce sujet et réuni les principales statistiques connues.

En procédant à cette étude, certains points, certains arguments souvent mis en avant, nous ont semblé mal précisés. Certaines considérations d'une réelle

valeur n'étaient pas toujours appuyées de faits circonstanciés. A côté, quelques études non moins importantes étaient mal connues, soit parce qu'elles sont d'origine étrangère, soit parce qu'elles sont relatées sous un autre titre.

Aussi avons-nous tenté, dans la mesure de nos forces, de mettre en lumière quelques-unes de ces questions qui, par leur ensemble, peuvent avoir autant d'importance que l'accumulatiou des statistiques.

Par exemple, si l'on recueille d'un côté la proportion des syphilis ignorées, chez des individus notoirement atteints d'accidents tertiaires ; que, d'autre part, on note dans quelles limites la syphilis est absente ou ignorée dans les antécédents tabétiques, on est frappé de ce fait : qu'il existe autant de syphilis ignorées chez cent syphilitiques avérés, à la période tertiaire, que de syphilis absentes chez cent tabétiques. Et cette relation subsiste aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Fournier en avait déjà donné des exemples.

Une autre considération n'a pas moins d'intérêt. On sait avec quelle rareté on constate le tabes féminin dans la classe aisée. Au contraire, chez la femme du peuple, le tabes est d'une fréquence relative. N'y a-t-il pas là un rapport évident avec ce qui existe pour la syphilis ? Cette maladie est rare, presque absente, chez les femmes de classe élevée. Chez les femmes des classes inférieures, elle est journellement observée. Quelques chiffres, que nous avons recueillis dans les hôpitaux de Lyon, montreront ces divers rapports. Enfin, après avoir rassemblé

toutes les observations de tabes juvéniles que nous avons pu trouver dans les diverses publications, nous avons cherché dans quelle proportion la syphilis était notée dans leurs antécédents soit personnels, soit héréditaires.

Il est assurément de première importance de mettre en lumière le rôle du facteur syphilis chez les enfants ou les adolescents si rarement affectés de tabes. On ne peut invoquer chez eux une vie de surmenage, d'excès sexuels ou l'influence d'une intoxication chronique.

L'objet de notre étude ayant pour but les rapports de la syphilis et du tabes, il semblait rationnel d'apporter une nouvelle statistique sur l'étiologie de la maladie de Duchenne.

L'enquête que nous avons entreprise porte sur un nombre trop faible d'observations et ne peut mériter ce nom. Pour qu'une statistique ait une certaine valeur, il faut, en effet, qu'elle repose sur un nombre de cas assez considérable, une centaine au minimum. Nous n'avons pu trouver dans les hôpitaux de Lyon que trente et un tabétiques ; mais l'interrogation personnelle que nous avons fait subir à ces malades, soit sur leurs antécédents, soit sur la marche de leur affection, nous a conduit à mettre en relief l'importance qu'il était indispensable d'accorder à d'autres facteurs étiologiques que la syphilis.

Certaines causes, comme la prédisposition nerveuse, le traumatisme, le surmenage, les excès de tout genre qu'on a si souvent invoqué dans l'étiologie du tabes, nous ont paru, non pas déterminer le

tabes à eux seuls, mais accélérer sa marche très notablement. Dans plusieurs cas même, ces circonstances accessoires semblent avoir créé un point d'appel sur les parties les moins résistantes de la moelle ou du système périphérique.

En somme, la doctrine du *locus minoris résistentiæ*, peu invoquée dans le tabes, ordinairement, paraît tout aussi applicable ici qu'elle l'est en général.

Enfin, pour compléter notre sujet, nous avons relaté rapidement les opinions en cours sur le traitement antisyphilitique du tabes. Quelques observations qu'ont bien voulu nous communiquer nos maîtres montrent à n'en pas douter l'efficacité du mercure et de l'iodure dans la période préataxique.

Après de si nombreux ouvrages, plus remarquables et plus documentés les uns que les autres, notre étude n'aurait pas la prétention d'apporter une solution définitive ou nouvelle à la question de la syphilis et du tabes. Mais s'il paraît trop osé d'affirmer qu'à l'origine de tout tabes, il y a la syphilis, du moins doit-on conserver des présomptions énormes sur l'existence de cette maladie dans le passé des ataxiques.

Les nombreuses indications bibliographiques que nous avons recueilli sur ce sujet pourront peut-être, un jour ou l'autre, faciliter quelque étude semblable, heureux si notre contribution est de quelque utilité pour diminuer cette tâche.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

Les Rapports de la Syphilis et du Tabes

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant que Duchenne eut donné sa magistrale description de l'ataxie locomotrice progressive, avant qu'il eut, pour ainsi dire, pêché au milieu du fouillis de la pathologie, les divers symptômes dont il fit une synthèse homogène, on ne songeait guère à discuter les rapports de la syphilis avec certaines de ces névroses, de ces paraplégies, de ces maladies oculaires qui pourtant toutes étaient du tabes.

Il parait donc de toute logique de faire débuter à cette date l'histoire des relations qui unissent la syphilis avec la maladie de Duchenne.

Néanmoins il est assez piquant de rappeler ici l'anecdote rapportée par Charcot dans ses cliniques du mardi. Un jour que le grand clinicien causait

avec Ricord, déjà âgé à cette époque : — « Que sont devenues aujourd'hui, lui dit-il, ces paralysies oculaires que nous connaissions dans le temps sous le nom de paralysies oculaires syphilitiques et qu'on guérissait à cette époque » ; et Ricord de répondre d'un air narquois : « Aujourd'hui on a changé tout cela, c'est devenu de l'ataxie locomotrice ».

Il était bien difficile que la présence de la syphilis dans les antécédents des tabétiques échappat à l'observation du maître qui avait su créer en clinique l'ataxie progressive. Aussi dans son article des *Archives générales de médecine*, Duchenne (1) fait-il cette remarque que : « quelques-uns de ses malades affectés d'ataxie, avaient subi l'infection syphilitique constitutionnelle. »

Il est vrai qu'en raison des insuccès de la médication spécifique, il était sceptique sur les rapports que cette maladie pouvait avoir avec le tabes.

Topinard (2), dont l'ouvrage vient ensuite par ordre de date, avoue que si chez 114 tabétiques il trouve 15 fois la présence d'un chancre infectant ou d'accidents secondaires, pas un seul cas ne lui paraît en faveur de l'influence de la syphilis.

Il reconnaît que le début de l'ataxie locomotrice est parfois très rapproché de l'accident primitif, que les douleurs fulgurantes simulent même souvent les

(1) Duchenne de Boulogne. — *Archives générales de médecine*, 1859, t. I, p. 439.

(2) Paul Topinard. — *Traité de l'ataxie locomotrice progressive*, 1863, p. 365.

douleurs ostéocopes, au point de s'y méprendre, mais ces faits pour lui ne sont pas démonstratifs et il se range plutôt à l'avis d'Eisenmann (1) qui, sur 62 observations, n'en a pas trouvé une où l'influence causale de la syphilis soit fondée.

En revanche, Marius Carre (2) qui, dans sa thèse de 1862, avait déjà tenu compte de l'infection syphilitique, émet en 1865, dans son traité si remarquable qu'il semble encore fait de nos jours, une phrase presque prophétique : « L'histoire de l'ataxie locomotrice a montré qu'une maladie de plus devait être inscrite au martyrologe de la syphilis ».

Mais il ne consacre pas au rôle de la syphilis dans le tabes, une place plus étendue qu'aux autres facteurs étiologiques.

L'influence de cette affection sur le développement de l'ataxie, passionnait, en réalité, peu les esprits, à l'étranger aussi bien qu'en France. Il faut arriver à Fournier et à ses leçons faites à l'hôpital de Lourcines (3) pour trouver le véritable début de l'histoire de la syphilis et du tabes.

Dès ce moment, comme on dit communément, le lièvre était lancé, et les discussions, les statistiques, se croisent et se succèdent avec rapidité.

---

(1) Eisenmann. — *Die Bewegungsataxie-Wien*, 1863.

(2) Marius Carre. — Thèse de Paris, *Sur l'ataxie locomotrice progressive*, 1862. — *Nouvelles recherches sur l'ataxie locomotrice*, 1865, p. 249.

(3) Fournier. — De l'ataxie locomotrice progressive d'origine syphilitique, leçons recueillies par F. Dreyfous, publiées par le Dr Doyon, *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1875-1876, t. VI, p. 187.

L'opinion de Fournier rencontre d'abord, avec le professeur Charcot, un adversaire catégorique de l'origine syphilitique du tabes. Le grand neurologue constatant chez la plupart de ses malades l'existence d'une tare nerveuse, oppose au maître de la vénéréologie, sa doctrine de l'hérédité nerveuse et de la prédisposition idiopathique. Fournier répond par des statistiques de 88 et 90 pour cent. Le malentendu pouvait en partie s'expliquer, l'un raisonnant à la Salpêtrière, où les malades viennent pour leur affection nerveuse, l'autre observant surtout et presque uniquement des complications syphilitiques.

Mais la discussion s'était étendue, avait fait des adhérents dans l'une et l'autre opinion. Les élèves de Charcot, Bloch et Féré défendirent la doctrine de leur maître tandis que Vulpian (1) tout en constatant la fréquence de l'hystérie et des prédispositions névropathiques dans l'histoire des ataxiques, admettait l'influence possible de la syphilis. Il écrit en parlant de l'étiologie :

« Il est réellement peu de malades qui n'aient eu, quelques années avant l'apparition des premiers symptômes de l'ataxie, un chancre infectant et des accidents syphilitiques secondaires. Je ne crois pas exagérer en disant que sur vingt malades atteints d'ataxie locomotrice progressive, il y en a au moins quinze qui sont d'anciens syphilitiques. »

(1) Vulpian. — *Traité des maladies nerveuses*. — *Article tabes*, 1879.

Puis, c'est Chauvet (1) qui, dans sa thèse d'agrégation (1880) prend nettement parti contre l'étiologie syphilitique du tabes. A la statistique de Fournier, il oppose celle de Hammond (2) qui ne constate que dans 5 0/0 des cas la présence d'accidents spécifiques dans les antécédents. En outre, se fondant sur les travaux de certains anatomo-pathologistes, comme Cornil, comme Lancereaux, comme Broabdent (3), comme Julliard (4), Chauvet conclut que :

« La syphilis ne donnera jamais lieu au développement d'une sclérose primitive des zones radiculaires postérieures ».

En réalité, le professeur Fournier ne mettait pas la question sur ce terrain-là. Il ne parlait pas d'un tabes déterminé par des lésions de nature spécifique, mais de provenance, d'origine syphilitique.

A l'étranger, ce point si contesté de l'étiologie de l'ataxie, avait déjà donné lieu à plusieurs travaux et on commençait à faire échange de statistiques entre adversaires et partisans de chacune des doctrines. Dès 1879, le professeur Erb (5), d'Heidelberg, se rangeait à l'avis du maître de l'hôpital Saint-Louis. Il apportait à l'appui de son opinion le travail de

(1) Chauvet. — *Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central.* (Thèse d'agrégation 1880).

(2) Hammond. — *Traité des maladies du système nerveux*, 1879.

(3) Broabdent. — *L'ataxie locomotrice progressive*, 1874.

(4) Julliard. — *Lésions médullaires de la syphilis.* (Thèse de Lyon, 1879).

(5) V. Erb. — Communication au Congrès de Londres, 1881.

Schültze et une statistique où dans 88 0/0 des cas, la syphilis avait précédé le tabes.

La doctrine de Charcot reconnaissait aussi des adeptes :

Leyden qui refusait toute influence causale originelle à la syphilis ; Westphal, qui ne rencontrait l'infection syphilitique que dans 14 0/0 des cas.

Enfin, d'autres auteurs, étoiles de moindre grandeur, en avaient déjà fait l'objet principal de leur thèse.

Gesennius (1) ne relate que 20 fois sur 100 la présence d'accidents spécifiques dans les antécédents du tabes.

Berger (2), vers la même époque, fournit une statistique déjà plus élevée, 43 0/0.

Mêmes discussions en Angleterre et même variété dans les opinions.

Drysdale (3), après les publications de Fournier, soutient brillamment la doctrine du professeur français devant la Société médicale de Londres.

Gowers (4), après des recherches personnelles, apporte une statistique où la syphilis domine dans

(1) Gesennius. — *Beitrage zûr œtiologie, symptômatologie und diagnostic des tabes dorsalis.* (Thèse 1879).

(2) Berger. — *Zûr œtiologie des tabes dorsalis* (Thèse Breleau, 1879).

(3) Drysdale. — Communication à la Société médicale de Londres, 1878-1879.

(4) Gowers. — Syphilis et ataxie locomotrice. (*The lancet*, 15 janvier 1881).

70 °/₀ des cas. Quant à Byrom-Bramwell (1), d'Edimbourg, il écrit dans son traité des maladies nerveuses : « Tant qu'il ne sera pas établi que, chez les prostituées presque toutes syphilitiques d'ordinaire, le tabes est une maladie beaucoup plus fréquente que chez les autres femmes, on n'aura pas le droit de dire que la syphilis est la pricipale cause de l'ataxie. »

En France, Fournier revient à la charge, en 1882, avec son livre sur l'*Ataxie locomotrice progressive d'origine syphilitique*. Il attribue, sans aucun doute, une grosse part à l'hérédité et prédisposition névropathique, mais « pour l'énorme majorité des cas, dit-il, l'ataxie locomotrice constitue une manifestation de provenance syphilitique ».

Dès cette époque, les ouvrages vont se succéder avec trop de rapidité pour les analyser tous. L'Académie de médecine intervient, en 1883, et met la question au concours. Ce sont les docteurs Ballet et Landouzy (2) qui l'emportent en produisant un travail et une statistique où la prédisposition nerveuse soit personnelle, soit héréditaire, est notée trente-cinq fois sur cent trente-huit cas. La syphilis n'intervient que trente-deux fois sur le total.

Puis c'est Oppenheim (3) qui, en 1884, n'arrive à aucune conclusion spéciale, ni pour ni contre la

(1) Byrom-Bramwell. — *Traité des maladies du système nerveux* (traduit en français par Pompinel et Thoinot), 1883.

(2) V. Ballet et Landouzy. — L'Hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive. (*Annales médico-psychologiques*, 1884, t. XI, p. 29).

(3) Oppenheim. — Etude sur l'étiologie du tabes. (*Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1884, p. 150).

syphilis, et admet la plus grande variété dans l'étiologie du tabes.

C'est Raymond (1), 1885, dans son article du dictionnaire Dechambre ; Pietersen (2), 1886, en Angleterre ; Kirstein (3), 1886 ; Feldeim (4), 1888, en Allemagne. C'est surtout Strümpell (5), 1886, qui étudie conjointement les rapports du tabes, de la paralysie générale et de la syphilis.

Fournier (6) avait déjà publié, en 1885, dans son livre sur la *Période prætaxique du tabes*, une nouvelle statistique justificative de sa doctrine. Le résultat était encore plus concluant et, tandis que dans sa première publication, 1882, il trouvait quatre-vingt-treize fois la syphilis sur cent cas, une statistique de cent quarante-six cas, apportée dans son nouveau travail, notait cent douze fois des antécédents syphilitiques indubitables.

C'est aussi à cette époque, 1885, qu'il faut placer la publication d'un auteur russe, L. Minor (7), qui com-

(1) Raymond. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Tabes dorsalis, 1885.

(2) Pietersen. — On the etiologie of tabes dorsalis. (*The journal of menthal science*, 1886-1887).

(3) Kirstein. — *Etiologie du tabes dorsalis* (thèse Berlin, 1886).

(4) Feldheim. — *Etiologie du tabes dorsalis* (thèse Hambourg, 1868).

(5) Strumpell. — Quelques remarques sur les rapports entre le tabes et la paralysie générale d'un côté et la syphilis de l'autre (*Neurolog. Centralblatt*, 1886).

(6) A. Fournier. — *La période prœataxique du tabes*, pièces justificatives, 1885, p. 319.

(7) L. Minor. — Rapports de la syphilis et du tabes étudiés comparativement chez les Israélites et les Russes (*Archives de Neurologie*, 1885, t. IX et X).

mence déjà à présenter la question sous un autre aspect. Il édifie une statistique comparative chez les Russes orthodoxes, très peu nerveux, mais très atteints par la syphilis, et chez les Juifs habitant le même pays, peu exposés à l'infection spécifique en raison de leur genre de vie, mais présentant tous cette prédisposition nerveuse si connue de la race sémite. Ses intéressantes conclusions plaident à nouveau en faveur de la prépondérance du tabes spécifique. D'autres études statistiques faites à la même époque sur l'étiologie de l'ataxie, arrivent à des conclusions semblables. C'est là le travail de Rumpf (1). C'est aussi l'étude de Nægeli (2) qui, sous l'instigation du professeur Bernhardt, cherche à résoudre la question en constituant une moyenne basée sur la réunion de cinquante-une statistiques.

A Lyon, le professeur J. Teissier (3) fait en 1887 une leçon sur l'étiologie du tabes et s'applique à mettre en relief l'importance qu'on doit ajouter aux excès sexuels à côté de l'infection spécifique.

Mais nous n'aurions garde de passer ici sous silence la publication des cliniques de Charcot (4), où le distingué clinicien de la Salpêtrière cherche à réfuter avec tant de talent les idées de Fournier.

---

(1) Rumpf. — L'Etiologie du tabes.(*Deutsche méd. Wochensch*, 1887, n° 36).

(2) Nægeli. — Syphilis et tabes. (*Inaugural dissertation*, Zurich, 1887).

(3) J. Teissier. — Etiologie du tabes, *Province Médicale*, 1887, p. 129.

(4) Charcot. — *Cliniques du mardi*, 1887-1888, 1888-1889.

D'après ce maître : « Un homme est ataxique en puissance ; mais, s'il ne lui arrive rien d'extraordinaire, s'il ne se surmène pas, il restera ataxique en puissance, et de cela nous ne nous en apercevrons même pas ; mais si, par malheur, cet homme est condamné à se surmener, s'il éprouve un ébranlement moral, comme celui qui résulte quelquefois de la mort d'une femme aimée, alors la révolution se fait et voilà la cause occasionnelle.

« La cause originelle, c'est le protoplasma nerveux modifié d'une certaine façon avec lequel vous naissez. La cause occasionnelle ne fait que jouer le rôle d'agent provocateur, mais ce n'est pas elle qui crée l'ataxie locomotrice ; elle aurait pu, si le malade avait eu en puissance une autre maladie héréditaire, en provoquer tout aussi bien l'apparition.

« Un accident de chemin de fer a lieu. Dans le même wagon se trouve deux individus. L'un, qui est prédisposé à la goutte, subit un ébranlement et il est pris d'un accès de goutte ; l'autre, qui est prédisposé à l'ataxie, ressent des douleurs fulgurantes dans les jambes. La cause occasionnelle produit des résultats différents, selon qu'il y a prédisposition différente chez les sujets. »

Pour Charcot, la syphilis n'est qu'une cause provocatrice, occasionnelle du tabes, ce n'est pas une cause originelle, comme le comprend Fournier.

Non seulement l'hérédité nerveuse, mais sa proche parente, l'hérédité arthritique, peut mettre un homme en puissance d'ataxie.

En 1889, au Congrès de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, Leloir (1) communique une observation qui fait peu de bruit, mais dont l'importance n'est cependant pas médiocre. C'est le cas d'un tabétique chez qui l'infection syphilitique s'est produite après le début du tabes.

Nous n'en sommes plus, en effet, à discuter l'influence étiologique de la syphilis. Quelques auteurs vont bientôt émettre l'avis qu'en dehors de la syphilis, il n'y a pas de tabes possible.

C'est d'abord Erb (2) qui, en 1891, incline vers cette opinion en apportant une statistique basée sur trois cent soixante-neuf cas. Quatre-vingt-neuf fois sur cent, on trouve la syphilis.

Puis, en 1892, Pierre Marie (3) écrit dans son *Traité des maladies de la moelle :*

« La syphilis est-elle donc le seul élément en cause ? Il serait exagéré de le prétendre, du moins dans l'état actuel de la science, puisque M. Tuczek a prouvé que l'*ergotisme* pouvait s'accompagner de lésions tout à fait analogues à celles du tabes. Je me trouve donc obligé, au point de vue théorique, de laisser une porte ouverte pour des *infections* ou des *intoxications* de nature plus ou moins déterminée, qui seraient capables de produire le tabes ; mais, au point de vue pratique, soyons bien convaincus d'une

(1) Leloir. — Communication au Congrès de Paris, 1889.

(2) Erb.—Zûr œtiologie des tabes. (*Berliner-Klin-Wochensch* , 20 et 27 juillet 1891).

(3) P. Marie. — *Traité des maladies de la moelle*, 1892, pp. 311-321.

chose, c'est que, dans les conditions de notre observation journalière, le *tabes est toujours d'origine syphilitique.* »

La même année voit paraître un article de Raymond (1) dans le *Progrès médical*. L'auteur, dans un exposé très complet et très documenté de la question, ne conclut pas à l'action unique de la syphilis, mais montre l'écrasante proportion où le tabes a une origine spécifique.

En 1894, nouveau travail du professeur Fournier (2), dans lequel il étudie le tabes à titre d'affection *parasyphilitique*. Il se plaît à constater dans son ouvrage le chemin qu'a fait sa doctrine depuis 1875, où, le premier, pour ainsi dire, il admettait un tabes d'origine syphilitique. Nous serions débordés, et à coup sur monotones, s'il fallait citer ici tous les auteurs qui, dès cette époque, ont touché au même sujet. Notons, en passant, cinq thèses françaises qui se succèdent à peu d'intervalle :

La thèse de Nageotte (3), qui étudie parallèlement à son sujet les rapports de la syphilis dans le tabes et la paralysie générale.

La thèse de Rouffilanges (4), moins documentée et qui traite aussi la question à titre accessoire.

(1) Raymond. — L'Etiologie du tabes dorsal. (*Progrès médical*, 1892, p. 449).

(2) Fournier. — *Les affections parasyphilitiques. Tabes*, 1894, p. 123.

(3) Nageotte. — *Tabes et paralysie générale* (Th. Paris, 1893).

(4) Rouffilanges. — *Contribution à l'étude du tabes et de l'hystérie* (Th. Paris, 1893).

La thèse de Lagoudaky (1), dans laquelle l'auteur défend les idées de Charcot et apporte une importante statistique faite à la Salpêtrière sur 212 cas.

Enfin deux thèses sortant des Facultés de Bordeaux et Montpellier.

La première, faite par Bereni (2), sous l'inspiration du professeur Pitres, passe en revue les différentes causes susceptibles de provoquer le tabes.
La deuxième, faites par Vires (3), étudie l'influence de la syphilis dans l'étiologie de l'hystéro-tabes.

En Allemagne, même profusion de travaux : ce sont les publications de Dinkler (4), Strümpell (5), Isaac (6). Puis Friedrich-Friedrichsen (7) et Möbius (8) qui étudient les rapports de la syphilis et du tabes chez la femme.

En Italie, Borgherini (9) ; en Angleterre, Gowers (10) donnent de nouvelles statistiques.

---

(1) Lagoudaky. — *Syphilis et ses rapports avec le tabes* (Th. Paris, 1894).

(2) Bereni. — *L'étiologie du tabes.* (Th. Bordeaux, 1895).

(3) Vires. — *L'hystéro-tabes.* (Th. Montpellier, 1896).

(4) Dinkler. — *Hinterstrangsklerose und degeneration der grauen vordersaülen, etc. Deutch. Zeitschr. f. Nervenheil.* 1893, t. IV.

(5) Strumpell. — *Des affections systématiques des centres nerveux*, 1893.

(6) Isaac. — *Syphilis et tabes.* — Communication à la Société de Berlin, 1893.

(7) Friedrich-Friedrichsen. — *Le tabes chez la femme.* (Th. Berlin, 1893).

(8) Mobius. — *Ueber tabes bei Weibern*, 1893.

(9) Borgherini. — Quelques observations sur l'étiologie du tabes, *Revue neurologique*, 1897, t. V, p. 517.

(10) Gowers. — Syphilis et système nerveux, *The journal of menthal science*, 1893, vol. XXXIX.

A ce moment, il ne reste que de bien rares opposants à la doctrine d'un tabes d'origine syphilitique.

En France, c'est Charcot qui, jusqu'à la fin de sa vie, soutient ses opinions. Ce sont aussi ses élèves dont l'un cependant, P. Marie, a nettement opté pour la théorie de Fournier.

La discussion est encore assez passionnée cependant en Allemagne, au point que la publication d'une statistique de Storbeck (1) et Leyden (1895) provoque presque une polémique entre ces auteurs et le professeur Erb, d'Heidelberg. D'où nouvelle statistique de Erb (2), qui reprend celle de Storbeck et la revise comme il l'entend.

Mais c'est en 1897, au Congrès de Moscou (3) qu'on peut le mieux juger du progrès qu'a fait la doctrine de Fournier.

Tandis que Leyden ne déroge pas de ses anciennes convictions, que cet éminent professeur attribue au froid, aux excès vénériens ou alcooliques, au surmenage en général, aux infections, surtout à la blennorrhagie, une influence égale à celle de la syphilis ; Erb, Grasset, Herschen, Homen, Raïchlaïne, Krafft-Ebing, donnent la plus grande part à l'action spécifique. Benedickt, cherchant à expliquer les raisons qui font différer d'opinion deux savants de la valeur des professeurs Erb et Leyden, apporte une nouvelle interprétation.

(1) Storbeck. — Tabes dorsalis et syphilis, *Zeitschr. f. Klin. med.*, 1895, t. XXIX.

(2) Erb. — Syphilis et tabes, *Berl. Kl. Woch*, 1896.

(3) — V. Congrès de Moscou, à la bibliographie.

Enfin notre professeur lyonnais, le Dr Pierret, dans une intéressante communication sur la pathogénie du tabes, émet également sa doctrine dont nous aurons l'occasion de parler dans le cours de notre étude.

Nous arrivons alors à la période actuelle où l'opinion des traités classiques reflète, à quelques variations près, la doctrine de Fournier.

C'est du moins l'impression que laisse la lecture du traité allemand d'Eichhorst ; C'est aussi l'avis de Pierre Marie, dans le traité de Charcot-Bouchard et la conclusion de Darier sur l'étiologie du tabes, dans le manuel de Debove et Achard.

Enfin Raymond, dans ses cliniques, place la syphilis de beaucoup au premier rang.

Restent quelques côtés accessoires de la question, nous allons les étudier dans les pages qui suivront.

CHAPITRE II

PRINCIPALES STATISTIQUES RELATIVES A L'ÉTIOLOGIE SYPHILITIQUES DU TABES. — OBSERVATIONS PERSONNELLES

Avant de traiter une question comme celle de la syphilis et du tabes, il n'est pas inutile de jeter un coup d'œil sur toutes les statistiques qui ont été échaffaudées pour donner une solution à ce point étiologique si discuté de l'ataxie.

Fournier disait quelque part dans un de ces ouvrages :

« La question des rapports de la syphilis et du tabes ne se jugera qu'à coups d'observations et de statistiques. »

Eh bien nous commençons à en avoir un nombre respectable.

Les unes sont le fait d'un travail statistique personnel. Les autres sont constituées par la moyenne obtenue en additionnant les statistiques de différents auteurs.

C'est ainsi qu'ont procédé Nægeli et Julius Preuss. Mais qu'on nous permette de mettre en doute les conclusions déduites en agissant de cette façon.

La méthode interrogatoire suivie par les différents observateurs, leur conviction antérieure sur le rôle à attribuer à la syphilis dans l'évolution du tabes, sont tous autant de facteurs qui peuvent influer sur le résultat total.

Puis, supposez par exemple, qu'un statisticien employant ce procédé, oublie dans sa moyenne une statistique de 88 0/0 ou au contraire de 14 0/0 ; voyez de suite quelle cause d'erreur !

Aussi nous abstiendrons-nous de faire le même travail sur les statistiques que nous avons pu réunir.

Une simple énumération des résultats obtenus par chaque auteur, fera mieux juger des conclusions qu'on peut tirer de l'ensemble.

Pour plus de clarté nous placerons les diverses statistiques par période de cinq ans et par ordre chronologique à partir de 1875.

Les quelques chiffres qui ont été cités avant la première publication de Fournier, ne peuvent en effet rentrer en compte. Le tabes, d'origine syphilitique, ne préoccupait pas alors les auteurs.

Voici d'ailleurs la proportion qu'avaient obtenu deux d'entre eux :

	Syphilis		Tabes
(1864) P. Topinard	8,7	sur	100
(1865) M. Carre	10	—	100

On voit combien la syphilis est peu souvent notée. Mais arrivons à 1875 ; avec la doctrine de Fournier, les recherches se précisent et les résultats changent aussitôt.

Première période, de 1875 à 1880

	Althaus	trouve 90 fois	la syphilis sur 100 tabes
(1875)	Fournier	— 80	—
	Vulpian	— 75	—
	Siredey	— 70	—
	Caizergues	— 57	—
	Féréol	— 54	—
	Berger	— 43	—
	Gesennius	— 20	—
	Hammond	— 5	—

Deuxième période, 1880 à 1885

	Quinquaud	trouve 100 fois	la syphilis sur 100 cas
(1882)	Fournier	— 93	—
(1885)	Fournier	— 93	—
	Erb	— 88	—
	Seguin	— 72	—
	Gowers	— 70	—
	Pucinelli	— 43	—
	Oppenheim	— 40	—
	Ballet et Landouzy	— 29	—
	Bernhardt	— 22	—
	Remack	— 21	—
	Fischer	— 15	—
	Westphal	— 14	—

Troisième période, 1885 à 1890

	Strümpell	trouve 61 à 90 fois	la syphilis sur 100 cas
	Minor	— 87	—

Rumpf	—	80-85	—
Nonne	—	53-91	—
Nægeli	—	46-60	—
Preuss	—	39	—
Teissier	—	37	—
Neumann	—	30,5	—
Meyer	—	11	—

Quatrième période, 1890 à 1895

Raymond	trouve	90 fois	la syphilis sur 100 cas
Erb	—	89	—
Voigt	—	85	—
Bereni	—	55,5	—
Lagoudaky	—	42,9	—
Borgherini	—	30	—

Cinquième période, 1895 à 1899

Erb	trouve	92 fois	la syphilis sur 100 cas
Ingelrans	—	70	—
Homen	—	68	—
Redlich	—	65	—
Pick (Prague)	—	56	—
Storbeck	—	33	—

En considérant l'ensemble de ces statistiques placées ainsi par périodes quinquennales, une remarque frappe immédiatement l'esprit : plus nous approchons de l'époque actuelle, plus les statistiques finales de chaque tableau augmentent leur proportion de tabes à antécédents spécifiques. Pendant ce temps les statistiques de tête varient à peine leur chiffre.

Par exemple dans la période de 1875 à 1880 nous trouvons que :

La première statistique compte 90 fois sur 100 la syphilis.

La dernière statistique compte 5 fois sur 100 la syphilis.

Dans la période de 1890 à 1895 :

La première statistique compte 92 fois sur 100 la syphilis.

La dernière statistique compte 33 fois sur 100 la syphilis.

Et si l'on parcourt les chiffres obtenus dans les périodes intermédiaires, on trouve que les écarts entre résultats extrêmes ont subi une diminution graduelle. Ils tendent pour ainsi dire à se fondre.

Cela vient assurément de ce que l'on recherche plus attentivement la syphilis aujourd'hui chez les tabétiques. Mais on continuerait à échaffauder des chiffres, que les divergences n'en existerait pas moins en raison des nombreuses causes d'erreur dont sont passibles les statistiques.

Un de nos distingués professeurs, le docteur Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille, a eu souvent l'obligeance de causer avec nous des rapports qui lient syphilis et tabes. Pour lui, nous disait-il, les statistiques de Fournier et de Erb donnent un chiffre trop élevé. Il n'a jamais rencontré une telle proportion de spécificité dans le passé des ataxiques. En cherchant soigneusement dans les antécédents

des malades, on oscille toujours autour d'une proportion de 70 à 76 0/0 de syphilis. — Et, en effet, si l'on ne se borne pas à noter simplement le résultat total donnés par les professeurs Fournier et Erb, mais qu'on étudie la façon dont ils ont édifié leur statistique voici ce que l'on constate :

Prenons la statistique du professeur Fournier par exemple, publiée en 1885 ; l'éminent maître a suivi la méthode suivante :

Le nombre des cas de tabes observés s'élevait à 146. Sur ces 146 cas Fournier trouve :

I. — La présence indubitable de la syphilis	112 fois
II. — La présence très probable de syphilis héréditaire	3 —
III. — Syphilis possible, douteuse, mais non démontrée	22 —
IV. — Antécédents syphilitiques faisant absolument défaut	9 —
Total	146 cas

Concluant qu'il est difficile de tenir compte des cas de tabes où la syphilis est non démontrée, Fournier retranche ces cas (catégorie III et IV) et raisonne sur deux chiffres seulement des 121 cas qui restent.

Cas de tabes sans antécédents de syphilis	9
Cas de tabes à antécédents de syphilis avérés et formels	112
Total.	121

Et ainsi il arrive à donner une proportion de 93 0/0 de syphilis.

Or, s'il n'eut pas retranché les 25 observations de tabes cités plus haut, il se fut trouvé en présence de :

Syphilis certaines	112
Syphilis absente ou non démontrée	34
Total.	146

Et raisonnant sur 146 cas il arrivait à 76 0/0, c'est-à-dire absolument le chiffre que notre maître, le docteur Cordier, dit obtenir habituellement.

Assurément chacun édifie une statistique comme il la comprend, mais c'est pour démontrer que ce chiffre de Fournier, de même que celui de Erb (89 0/0) qui procède en englobant dans la même catégorie syphilis sûres et possibles ne sont pas comparables à d'autres, à ceux obtenus par Storbeck et Leyden par exemple.

Ainsi Storbeck fait en 1895 une statistique sur 108 cas. Il trouve :

I. — Syphilitiques avérés. . .	22
II. — Douteux	23
III. — Non syphilitiques	63

Et pour être juste et plus précis, l'auteur admet la syphilis dans la moitié des cas douteux (IIe catégorie). Aussi obtient-il 33 0/0 de syphilitiques.

S'il eut comme Erb, groupé ensemble syphilis douteuses et syphilis certaines, il fut arrivé à un résultat plus élevé ; soit à 41 0/0.

Si au contraire, comme Fournier, il eut retranché totalement les cas douteux, autre résultat ; soit : 24 0$_0$.

On voit combien il est facile de jongler à sa fantaisie avec le chiffre auquel on veut arriver.

Mais passons sur ces causes d'erreur aussi bien que sur les opinions préconçues, sur le plus ou moins de compétence des auteurs, sur leur mode interrogatoire. Deux autres facteurs interviennent encore pour fausser les statistiques :

1° Le mélange des deux sexes dans la même statistique ;

2° Le milieu dans lequel on a pris ses observations.

C'est qu'en effet, tandis que la syphilis se découvre assez facilement chez l'homme, elle est parfois impossible à déceler chez la femme.

On peut, sans trop de difficultés, trouver des accidents spécifiques dans 70 à 75 0/0 des cas de tabes masculins, on ne pourra guère obtenir des antécédents syphilitiques que chez 50 0/0 des femmes. Il y a donc là une nouvelle source d'erreurs, suivant qu'une statistique compte plus ou moins de femmes.

Puis il faut considérer que selon le milieu où l'on choisit ses observations le résultat diffère très notablement. Erb, par exemple, trouve 89 fois sur cent la syphilis chez les hommes de la classe aisée qui s'observent bien. Il ne peut découvrir un passé syphilitique dans la clientèle masculine d'hôpital que dans 76 0|0 des cas.

Si nous nous sommes un peu appesantis en passant sur ces diverses remarques, c'est pour nous tenir à l'abri de toute critique semblable.

Les observations qui vont suivre ont été prises exclusivement dans le milieu hospitalier, par suite chez des gens de situation modeste.

Tous les cas cités ont été interrogés par nous personnellement et suivant la même méthode.

Enfin, nous avons jugé préférable de placer séparément chacun des sexes.

Comme nous l'avons dit dans notre introduction : notre but principal n'est pas de mettre en compte les résultats d'une trop faible statistique, mais de donner l'impression générale qui résulte de l'interrogatoire d'un tabétique sur ses antécédents spécifiques ou nerveux. Nous noterons en même temps tout ce qui peut intervenir dans l'étiologie de l'ataxie, tant traumatismes qu'excès sexuels ou intoxications.

Ces divers facteurs accessoires influent indubitablement sur la marche du tabes et, si la syphilis semble provoquer l'ataxie locomotrice dans la grande majorité des cas, l'évolution plus ou moins rapide de la maladie dépend autant des éléments nosciſs surajoutés. L'histoire rapidement esquissée du tabes chez chacun de nos malades, nous permettra d'en mieux juger.

Enfin, dans notre classement, nous considèrerons comme ancien syphilitique avéré :

1° Tout sujet qui aura présenté, un chancre induré nettement constaté, ou traité comme tel et

suivi postérieurement d'accidents spécifiques secondaires ou tertiaires ;

2° Tout sujet qui, à défaut d'accident primitif constaté, aura présenté un certain nombre de phénomènes significatifs par leur ensemble. Ainsi : coexistence à la même époque d'éruption typique, d'alopécie, de maux de gorge ou de céphalalgie, sans qu'aucune autre maladie puisse être suspectée d'avoir produit ces troubles.

Il va sans dire, qu'ayant affaire à la classe modeste, les constatations du médecin manqueront assez souvent. Aussi tel chancre passé inaperçu du malade, pourra donner lieu à des accidents secondaires qui le frapperont beaucoup plus vivement.

Les fausses couches répétées, l'absence d'enfants ne seront pas considérés par nous comme des marques d'une syphilis existante, mais comme une présomption de syphilis possible lorsque quelque phénomène suspect les accompagnera.

Ces conventions étant faites, voici nos observations :

HOMMES

Malades dont la Syphilis est certaine dans les antécédents

OBSERVATION I

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc)

Résumé. — *Syphilis d'allure grave traitée pendant un an et demi avec une régularité inconstante. — Prédisposition et hérédité névropathique très manifeste. — Alcoolisme. — Excès sexuels. — Début du tabes deux ans et demi après l'accident primitif. — L'impotence arrive au bout d'un an.*

Ar..., voyageur de commerce, 50 ans. Salle Saint-Lazare, n° 6.

Antécédents héréditaires. — Père d'un caractère violent et emporté, a toujours été excessivement nerveux sans avoir jamais pris de crise d'aucune sorte. Il était affecté d'un tremblement des mains très intense. Mort à 72 ans à la suite d'une attaque qui le prenait pour la troisième fois.

Mère à peine connue, morte à 33 ans d'une tumeur du sein. Rien chez les oncles, ni chez les tantes, pas d'aliéné parmi les parents.

Deux sœurs nerveuses. L'une morte à 28 ans, suite de couches. L'autre à 50 ans, sans que le malade puisse savoir de quoi. Deux frères bien portants, l'un âgé de 48 ans, l'autre de 59 ans. Tous les deux très nerveux.

Antécédents personnels. — Marié à l'âge de 26 ans avec une femme bien portante. Deux enfants, l'un de 23, l'autre de 21 ans. Jamais de fausses couches chez sa femme.

Prédisposition nerveuse. — Pas d'incontinence nocturne d'urine pendant l'enfance, pas de migraines, mais tempérament à la fois emporté et impressionnable. Tremblement très marqué des doigts, non de nature alcoolique, depuis l'âge de 26 ans.

Alcoolisme. — Cinq à six petits verres par jour. Du vermouth, pas d'absinthe. Ces excès depuis l'âge de 30 ans.

Excès sexuels. — Excès sexuels nombreux, coït debout assez fréquent sans être habituel.

Diathèses. — Néant.

Le malade n'a jamais eu, pendant son enfance, qu'une coqueluche et une angine. Pas d'autres affections depuis.

Syphilis. — En 1889, à l'âge de 40 ans, il prend à Paris un chancre induré du prépuce. Soigné d'abord avec de simples applications de pommades, il reste ainsi un mois et demi avec ce traitement sommaire.

A ce moment de violents maux de tête ont déjà commencé. Céphalées très intenses survenant régulièrement à 4 heures du soir pour finir à 6 ou 7 heures. Roséole sur tout le corps, plaques muqueuses aux lèvres, aux organes génitaux et à l'anus.

Un mois et demi après le début du chancre il va consulter le Dr Augagneur. Ce dernier avoue une forme de syphilis grave. Soigné avec des pilules Dupuytren il a suivi son traitement à peu près régulièrement pendant un an et demi.

Pendant ce temps, une foule d'ennuis de famille exagèrent son excitation nerveuse (séparation avec sa femme). Le malade avait cessé de boire depuis le début du chancre.

Histoire de la maladie. — En 1891, deux ans et demi après le chancre, se montrent des douleurs en ceinture qui occupent les reins, le pourtour des hanches et donnent des lancées jusque dans les parties génitales.

Quelques mois après, sentant des lassitudes dans les jambes, il entre dans le service du professeur Lépine où il est traité par KI et la pendaison. A ce moment signe de Romberg, de Westphal, ataxie. Tremblement des membres inférieurs considérablement accru.

En 1892 il ne peut plus marcher du tout. Début des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Douleurs en coups de canifs.

En 1893. Rétention d'urine, le malade est obligé de se sonder pendant qu'il est chez M. Lépine. Tenesme rectal et vésical de temps à autre.

En 1894, le malade entre à l'hospice du Perron. Incoordination. Actuellement, impotence absolue. Le malade perd ses urines, la force est conservée, la vue non affectée. Myosis, signe d'Argyll-Robertson.

Remarque. — Ainsi, dans cette observation, le début du tabes a été très rapide, deux ans et demi après le chancre les premiers symptômes de l'ataxie ont apparus. La marche très rapide aussi ; le malade arrive à l'impotence au bout d'une année.

OBSERVATION II

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Syphilis d'allure très légère. — Traitement insignifiant. — Hérédité et prédisposition nerveuse très marquée. — Ni alcoolisme, ni excès sexuels. — Début du tabes trente-quatre ans après l'accident primitif.—Evolution assez lente du tabes.*

L..., chaudronnier, 66 ans. Salle Sainte-Jeanne, n° 21.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 74 ans d'affection inconnue, après avoir présenté des troubles psychiques pendant quatre jours. Dans un voyage, il se serait arrêté à une gare que ne connaît pas le malade, puis se serait promené dans la campagne, allant sans but et ayant perdu la raison. On le retrouva presque mort sur le bord d'un fossé.

Mère morte à 38 ans de tuberculose pulmonaire. Le malade ne l'a pas connue.

Ni oncles, ni tantes, ni grands parents aliénés ou affectés de troubles nerveux, trois frères ou sœurs vivants et bien portants, deux autres morts en bas âge d'une affection épidémique.

Antécédents personnels. — Marié deux fois, deux enfants du premier mariage. Aucun du second.

Prédisposition nerveuse. — Le malade a toujours été d'une impressionabilité exagérée, se faisant de rien un chagrin. Pendant son enfance, il était effecté d'un tremblement très marqué des mains qui augmenta tellement entre l'âge de 18 et 22 ans qu'il lui était impossible à ce moment-là de tenir une plume et d'écrire. Le malade, beaucoup plus intelligent que ne le mérite son métier, s'accuse d'avoir été trop sentimental (*sic*).

A 15 ou 16 ans la tête lui tournait facilement et jamais il n'a pu danser à cause du vertige qu'il éprouvait.

En outre, le martelage constant auquel l'assujetissait son métier le mettait dans un état d'énervement très pénible et exagérait son tremblement.

Alcoolisme. — Jamais aucun excès.

Intoxication. — Le malade était exposé à respirer les vapeurs du cuivre en fusion qu'il maniait dans son métier. Jamais d'excès de tabac. Il fumait à peine.

Excès sexuels. — Pas d'excès ni coït debout.

Diathèses. — Néant.

Le malade dit avoir eu la rougeole dans l'enfance.

Pas d'autres maladies jusqu'à 21 ans. Jamais de service militaire.

En 1854, à 21 ans, premier mariage avec une femme bien portante dont il a deux enfants, un fils en bonne santé et une fille morte de tuberculose à marche rapide.

Sa femme meurt quatre ans après, en 1858.

Syphilis. — En 1859, à l'âge de 26 ans, pendant son veuvage, le malade prend un chancre syphilitique, diagnostiqué tel par M. Rollet. Accident primitif très petit, gros comme une forte tête d'épingle, sur le gland, non douloureux. Il fut soigné par M. Rollet avec des pilules et certaines boissons à l'intérieur. Cautérisations locales au nitrate d'argent.

Traitement suivi pendant un mois.

Pas d'accidents secondaires précoces.

Jamais de boutons, ni d'éruption quelle qu'elle soit. Pas de maux de gorge, ni de plaques muqueuses aux lèvres ou à la langue. Pas d'adénopathie, jamais d'alopécie des cheveux ou des sourcils. Pas d'onyxis.

Plus tard, cinq ou six ans après, inflammation sur le pourtour de l'anus que le malade ne jugea pas à propos de soigner. Il attribua cet accident, assez justement, à une conséquence de son chancre.

Pas d'autre accident quel qu'il soit depuis.

En 1860, à 28 ans, le malade reçoit un éclat de fer dans l'œil gauche et fait six semaines d'hôpital pour cet accident. Il est soigné par M. Desgranges. A sa sortie, l'œil est astigmate et lui empêche toute vision nette d'un côté. Environ à cette époque aussi, dyssenterie très forte ayant duré trois ou quatre mois.

En 1864, à 32 ans, le malade se remarie avec une femme en bonne santé. De ce nouveau mariage pas d'enfant ni fausses couches.

Histoire de la maladie. — Depuis environ sept ans (1893) le malade a ressenti de légères douleurs dans les membres. La marche devenait difficile, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. Il fut soigné dans le service de M. Bondet.

Entré au Perron en 1899, on constata chez lui : aux membres inférieurs suppression des réflexes et incoordination marquée.

La marche est toujours possible mais le malade est nettement ataxique. Il lance surtout la jambe gauche tandis que la droite ne semble pas faire de mouvements. La force est conservée.

Signe de Romberg.

Les douleurs légères apparaissent sous forme de crises.

Aux membres supérieurs existent surtout des troubles de la sensibilité. Le sens du toucher est très diminué.

Douleurs dans les poignets et le coude par lancées.

Du côté des yeux, l'œil gauche qui a été anciennement traumatisé est complètement amaurotique. Légère amblyopie à l'œil droit. Mais surtout paralysies musculaires. Ptosis double des paupières.

Strabisme droit, externe, bilatéral.

Les pupilles sont immobiles, ne réagissent ni à la lumière ni à l'occomodation.

Pas d'agueusie, ni d'anosmie.

Pas de crises gastriques, ni de phénomènes viscéraux. Aucun trouble de la miction.

Remarque. — La syphilis, dont la certitude ne repose ici que sur le diagnostic du professeur Rollet, semble avoir été excessivement bénigne puisqu'il n'y a qu'un seul phénomène d'ordre secondaire excessivement fugace.

Le début des accidents tabétiques est survenu très tardivement dans cette observation : trente-quatre ans après le chancre initial.

La marche de l'ataxie paraît être assez lente. Après sept ans de maladie cet homme marche encore d'une façon passable.

OBSERVATION III

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic.)

Résumé. — *Syphilis plutôt légère. — Traitement de trois à quatre mois mercuriel et ioduré. — Hérédité et prédisposition nerveuse très marquée. — Alcoolisme. — Excès sexuels. — Excès de tabac. — Début du tabes trois ans après le chancre. — Amaurose au bout de onze ans.*

F. B..., voyageur, 54 ans. Salle St-Vincent-de-Paul, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Père mort emphysémateux à 75 ans. Non nerveux. Mère très impressionnable, éprouvait des constrictions de la gorge dans ses contrariétés. Terreurs diverses, peur des morts. Elle est morte à 85 ans sans affection bien déterminée. Jamais de crises ni d'attaques pendant sa vie.

Rien d'anormal chez les oncles ou chez les tantes, ni chez les grands parents. Pas d'aliénés dans la famille.

Antécédents personnels. — Marié, le malade a eu quatre enfants dont trois morts aujourd'hui.

Prédisposition nerveuse. — Jamais d'incontinence d'urine, ni de migraine pendant l'enfance, mais le malade, très lymphatique, rougissait soudain pour la moindre des choses jusqu'à l'âge de 17 ou 18 ans. Cela l'a toujours beaucoup gêné. Très vif, très emporté, il était très impressionnable aussi et s'émotionnait facilement.

Alcoolisme. — Pas d'excès d'aucune sorte.

Intoxication. — Le malade dit avoir été grand fumeur. Sa consommation de tabac a toujours été d'environ d'un paquet de 0,50 centimes en deux jours, parfois trois. Il a ressenti une réelle privation de ne plus fumer à son entrée à l'hôpital.

Excès sexuels. — Très génital, le malade a pratiqué très souvent le coït debout et éprouvait même une préférence marquée pour cette façon de procéder. Cinq ou six coïts par jour, presque quotidiennement.

Diathèse. — Le malade est tuberculeux.

Santé médiocre dans son enfance, avec refroidissements fréquents. Rougeole étant jeune. Pendant son adolescence, il a pris trois ou quatre blennorrhagies. Toutes ont été soignées. Jamais de service militaire. Marié en 1869, le malade a quatre enfants. L'un meurt en nourrice de convulsions, un autre meurt un peu plus tard, vers 5 ou 6 ans. Une jeune fille morte de tuberculose pulmonaire à 21 ans. Un fils actuellement bien portant.

Syphilis. — En 1881, blennorrhagie et chancre de la verge sur le gland. Soigné par M. Rollet, le diagnostic du chancre n'est pas fait tout de suite. Ce n'est que trois mois après que le chirurgien de l'Antiquaille reconnaît un syphilome primitif et s'empresse de lui donner des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium à dose élevée.

Traitement suivi à peine trois ou quatre mois. Comme accidents secondaires, ni roséole, ni céphalie nocturne.

Adénopathie inguinale marquée. Puis, un an après, alopécie passagère sur les parties parietales du crâne.

Le malade dit avoir travaillé beaucoup pendant la nuit. Il lisait, dessinait jusqu'à des heures très avancées sous la lumière de la lampe. Nombreux chagrins provoqués par des pertes d'argent considérables.

Histoire de la maladie. — En 1883, surviennent des troubles oculaires caractérisés par de la diplopie. Cette diplopie persiste plusieurs mois, puis disparaît. Elle revient de temps à autre, de 1883 à 1887. En même temps, l'acuité visuelle diminue peu à peu, surtout pour l'œil droit.

En 1889, la diplopie s'installe de nouveau, l'amblyopie arrive progressivement et l'amaurose devient presque complète en 1894. A ce moment, les couleurs ne sont plus perçues. A cette même époque, le malade commençait à ressentir des douleurs autour de la ceinture s'irradiant jusque dans les membres inférieurs. Elles étaient comparables à des secousses électriques.

En 1894, toute occupation étant devenue impossible, la vue étant presque perdue, le malade entre au Perron.

Actuellement, le malade marche facilement, n'a pas d'ataxie. Il ne lance pas les jambes. Quelques douleurs fulgurantes dans le mollet droit. Pas de signe de Romberg, mais le malade ne peut se tenir debout sur un pied.

Signe de Westphal net.

Aux membres supérieurs, pas d'incoordination. On constate actuellement des douleurs fulgurantes en ceinture, des douleurs rachidiennes. Ces deux phénomènes semblent les symptômes prédominants.

Aux yeux, pupilles très contractées, aucune réaction. Le malade ne distingue presque plus le jour de la nuit.

En outre, gêne de la parole très marquée, tremblement fibrillaire de la langue, acuité auditive très diminuée. Sensibilité générale conservée, sens musculaire intact. Hypocondrie.

Remarque. — Ici les premiers symptômes du tabes ont débuté trois ans après le chancre.

L'amaurose s'est constituée en l'espace de onze ans.

OBSERVATION IV

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc.)

Résumé. — *Syphilis très légère, a peine traitée. — Prédisposition nerveuse et hérédité nulle. — Traumatismes nombreux mais pas d'excès d'aucune sorte, ni excès sexuels ni alcoolisme. — Début du tabes vingt ans après l'accident primitif. — Cécité complète au bout d'un an. — Pas d'impotence.*

F..., tailleur de pierre, 49 ans. Salle St-Lazare n° 10.

Antécédents héréditaires. — Père habituellement bien portant, nullement nerveux, mort à plus de 60 ans d'affection inconnue. Mère sans aucune tare nerveuse non plus, ni impressionnable, ni emportée, est âgée de 62 ans.

Grands parents non connus. Jamais d'oncles ni de tantes affectés de maladies nerveuses. Point de frères, ni sœurs.

Antécédents personnels. — Le malade est célibataire.

Prédisposition nerveuse. — Rien de particulier. Caractère normal.

Alcoolisme. — Aucun excès.

Intoxication — Le malade ne fumait que très peu.

Excès sexuels. — Aucun abus. Pas de coït debout.

Diathèse. — Néant.

Le malade a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 19 ans. A cette époque, ictère à la suite d'une frayeur intense (le malade, suspendu au-dessus d'un précipice, manqua tomber.) Puis service militaire de cinq ans, pendant lequel il fit la guerre de 1870-1871. Plusieurs blessures dues à des éclats d'obus et à des balles. Pendant cette période il aurait eu a souffrir de froids terribles, dit-il, en couchant dans la glace et la neige ; les soldats mouraient gelés à côté de lui. A ce moment, quelques douleurs rhumatismales peu marquées. Le malade alla finir son service aux îles Marquises.

Syphilis. — En sortant du régiment, en 1874, le malade prit un chancre sur la verge au niveau du gland. Il fut soigné à Paris, à l'hôpital du Midi. On diagnostiqua la syphilis et on lui donna un traitement composé d'un sirop et de pilules de protoïodure de mercure.

Aucun traitement externe. Le chancre n'était d'ailleurs pas douloureux. Le traitement ne fut pas poursuivi plus de quinze jours, après quoi le malade ne s'en préoccupa plus.

Aucun accident secondaire quel qu'il soit, malgré l'interrogation la plus détaillée. Jamais d'accidents tertiaires.

En 1875, fièvre typhoïde soignée à Paris. Le malade ne garda de cette affection qu'une surdité passagère.

En 1879, le malade reçoit un coup de couteau qui lui crève l'œil droit. On le lui extrait quelque temps après.

En 1885, à 36 ans, le malade tombe d'un quatrième étage et se fracture les deux jambes : la jambe droite au niveau du genou, la gauche à la cheville. Déjà les premiers symptômes du tabes s'étaient fait ressentir.

Histoire de la maladie. — Au début, vers 1875, le malade confond les douleurs qu'il ressent avec les manifestations rhumatismales qui s'étaient développées après 1870. Cependant quelques-unes de ces douleurs, qui se localisent surtout dans les jambes mais non dans les articulations, sont tellement violentes que le malade ne peut supporter l'immobilité du lit. Il marche pour les faire passer et ce procédé réussit en partie.

Jusqu'en 1894, ces douleurs reparaissent de temps à autre avec une allure nettement fulgurantes et prédominent dans les mollets et aux chevilles.

A cette même époque, survient de la faiblesse des jambes qui oblige le malade à rentrer à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Lépine. On constate de l'incoordination des membres inférieurs, le signe de Romberg et le signe de Westphal. Les douleurs sont moins fortes, les membres supérieurs non affectés d'incoordination.

Le seul œil qui reste au malade, l'œil gauche, dont l'acuité visuelle avait diminué peu à peu, devient complètement amaurotique en 1895.

Le malade est ataxique à la même époque. En 1897 il entre au Perron.

Actuellement la marche est encore passable, mais le malade éprouve de la difficulté à se conduire à cause de sa cécité.

Remarque. — Chez ce malade, malgré une vie assez mouvementée, surmenage, blessures, traumatismes, chutes graves, il existe un espace de près de vingt années avant que les premiers symptômes du tabes se caractérisent nettement.

En revanche, la cécité devient presque complète en un an ; puis, comme il arrive si souvent dans les tabes céphaliques, la maladie semble s'être arrêtée.

OBSERVATION V

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc)

Résumé. — *Syphilis d'allure moyenne. — Traitement mercuriel poursuivi deux mois. — Hérédité et prédisposition nerveuse nulle. — Alcoolisme modéré. — Pas d'excès sexuels. — Début du tabes onze ans après le chancre. — Marche lente de la maladie.*

L .., homme de peine, 60 ans. Salle Saint-Emile, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père et mère nullement nerveux, morts tous deux à plus de 80 ans.

Les oncles ni les tantes du malade n'ont jamais été atteints d'aucun trouble nerveux.

Grands parents non connus. Aucun aliéné dans la famille.

Neuf frères et une sœur tous bien portants sans nervosisme.

Antécédents personnels. — Marié, sa femme n'a eu ni enfants ni fausses couches.

Prédisposition nerveuse. — Aucune tare nerveuse. Pas de migraines dans l'enfance, mais cependant a eu de l'incontinence d'urine nocturne jusqu'à 8 ou 9 ans ; accidents inconstants d'ailleurs. Quelques terreurs nocturnes, quelques cauchemars mais peut-être imputable à la cause suivante :

Alcoolisme. — Environ un litre et demi de vin par jour. Verre d'eau-de-vie de marc tous les matins. Petit verre après le café et cela pendant de nombreuses années.

Intoxication. — Fumait par hasard.

Excès sexuels. — Aucun excès.

Jamais de maladies jusqu'à l'âge de 15 ans. A cette époque il prend des accès de fièvre intermittente. Il reste quatre mois au lit une première fois, puis à l'âge de 19 ans, nouvelle rechûte. Type tierce, accès classique avec ses trois périodes, a été traité par des remèdes inconnus. Depuis l'âge de 20 ans jusqu'à 50, le malade a presque toujours porté des fardeaux, très lourds, faisant des journées de 11 et 12 heures de travail.

Syphilis. — Le malade ne s'est jamais aperçu avoir pris de chancre, mais à 42 ans, en 1879, il alla consulter M. Horand pour une éruption de boutons co-existants avec des plaques muqueuses à la bouche et des maux de gorge ; en même temps adénopathie sous maxillaire, croûtes dans la tête, mais pas de chute de cheveux. Le docteur Horand le soigna avec des pilules Dupuytren que le malade ne continua pas au-delà de deux mois. Jamais d'autres affections durant son existence.

Histoire de la maladie. — Début de l'affection actuelle en 1890 par des douleurs très vives dans les deux cuisses. Elles persistèrent d'abord trois nuits sans rémission. Puis trois ou quatre mois après elles revinrent plus violentes, mais aussi moins fréquentes. Douleurs en vrilles, sensations de coups de couteaux. Il est à ce moment traité par M. le Dr Jubin, avec frictions mercurielles et iodure de potassium. Obligé d'interrompre ce traitement à cause de la salivation, il n'a ressenti aucune amélioration.

Il rentre alors à deux reprises successives dans le service du Dr Bard, en 1890 et 1891.

Un nouveau traitement à l'iodure et au mercure ne donne encore aucun résultat.

Il entre au Perron en 1893. A ce moment le malade ne peut se tenir debout qu'en écartant les jambes.

Signe de Romberg.

Incoordination aux membres inférieurs.

Signe de Westphal.

Reflexe abdominal aboli.

Pas d'incoordination aux membres supérieurs.

La miction est fréquente et se fait en plusieurs temps, mais pas d'incontinence.

La vue est bonne, pas d'ophtalmoplégie, myosis du côté gauche. Les pupilles ont une réaction pénible à la lumière, très nette à l'accomodation. Légère surdité.

Actuellement le malade marche passablement.

Remarque. — Il existe ici une période de vingt-un ans entre les manifestations syphilitiques et les premiers symptômes du tabes.

L'évolution de la maladie n'est pas très rapide non plus. Il y a dix-neuf ans que le malade a vu débuter ses premières douleurs et cependant la marche est encore très possible.

OBSERVATION VI

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc.)

Résumé. — *Syphilis d'allure moyenne, mais tardive, à 55 ans, à peine traitée. — Prédisposition nerveuse manifeste. — Alcoolisme très marqué. — Traumatismes. — Début du tabes trois ans après l'accident primitif. — Impotence en trois ans.*

F..., matelassier, 60 ans. Salle Saint-Emile n° 14.

Antécédents héréditaires. — Père d'un caractère doux, plutôt un peu impressionnable, mort subitement à 86 ans.

Mère excessivement violente, très vive, très prompte à la colère (elle avait toujours la gifle à la main, dit le malade.) Elle meurt à 68 ans des suites d'une paralysie ayant duré pendant un an en suivant une marche progressive. Une des jambes, dit le malade, était complètement contracturée, le talon touchant la fesse.

Grands parents inconnus.

Rien de spécial chez les oncles ni chez les tantes.

Six frères et cinq sœurs presque tous morts d'accidents ou de maladies. Seuls, un frère et une sœur vivent encore et sont bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Marié à 24 ans, le malade n'a jamais eu d'enfants. Pas de fausses couches chez sa femme.

Prédisposition nerveuse. — Le malade, comme sa mère, est d'un caractère très emporté, très violent ; la foudre, dit-il.

Alcoolisme. — Trois à quatre litres de vin par jour ; quatre à cinq petits verres de rhum ou cognac.

Intoxication. — Le malade fumait encore assez, un paquet de 0,50 centimes en deux jours.

Excès sexuels. — Aucun excès marqué.

Le malade n'a jamais eu aucune affection pendant son enfance.

A 18 ans, il tombe d'un quatrième étage et se fait ainsi une double hernie qui l'exempte du service militaire.

A 24 ans, il se marie avec une femme bien portante dont il n'a jamais eu d'enfants. Pas de fausses couches non plus. A 50 ans, bronchite qui dure une quinzaine de jours.

Syphilis. — Quelques temps après la mort de sa femme, sans avoir jamais observé ni chancre, ni écorchure, ni aucun accident primitif dans n'importe quelle partie du corps, il prend soudain une éruption de boutons. Cette éruption survint en 1893, à l'âge de 55 ans, et le malade la vit se manifester à la suite d'une frayeur (on voulait l'étrangler). Venu pour consulter à l'Hôtel-Dieu, on lui dit qu'il avait une affection vénérienne et on lui conseilla d'aller à l'Antiquaille. Les

boutons, plutôt les rougeurs, formaient de larges placards à bords arrondis occupant le dos et la poitrine, non prurigineux. Quelques plaques muqueuses dans la bouche. Entré à l'hospice de l'Antiquaille, le docteur Augagneur le traite pendant vingt à vingt-neuf jours avec de l'iodure et des pilules mercurielles. Les accidents disparaissent rapidement et complètement. Le malade n'a jamais remarqué ni d'alopécie, ni de céphalée, ni de dysphagie prolongée.

Histoire de la maladie. — Au moment de son éruption, le malade avait déjà constaté que ses jambes traînaient légèrement en marchant.

En 1896, trois ans après son éruption, il ressent comme des fourmillements dans les jambes. Il semble au malade qu'il marche toujours dans du sable.

Après avoir reçu une grosse pluie pendant laquelle il ne put se mettre à l'abri, il remarque que ses jambes sont froides et que la transpiration des pieds est complètement supprimée.

En 1897, il entre dans le service du docteur Rochet pour de l'incontinence d'urine ; le malade se sonde pendant quelque temps et ces troubles cessent. Puis il entre dans le service du docteur Clément, où il ressent les premières douleurs fulgurantes. Il les compare à des décharges électriques lui parcourant les épaules, le tronc et les jambes. Jamais de tenesme rectal ou vésical. Pas de douleurs spécialement en ceinture. Bientôt ataxie très marquée des membres inférieurs.

A ce moment, signe de Westphal, de Romberg ; incoordination très marquée aux membres inférieurs.

Rien aux bras, pas d'incoordination.

Pupilles très rétrécies, vue bonne, pas d'ophtalmoplégie.

Signe d'Argyll-Robertson.

Le malade entre au Perron en 1898. Actuellement, tous ces signes persistent, et, en outre, quelques troubles cérébraux commencent. Perte de la mémoire principalement. Le malade est au lit complètement impotent.

Remarque. — Si nous avons considéré la syphilis comme certaine ici, c'est en raison des deux diag-

nostics successifs faits, le premier à l'Hôtel-Dieu, le second à l'Antiquaille par le professeur Augagneur, dont la compétence est une garantie suffisante. Le début des accidents tabétiques est ici très précoce, trois ans après la syphilis. L'évolution très rapide aussi, impotence en trois ans.

OBSERVATION VII

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Syphilis non traitée. — Prédisposition et hérédité névropatique manifeste. — Alcoolisme léger. — Excès sexuels nombreux. — Début du tabes sept ans après les accidents syphilitiques. — En neuf ans le malade devient impotent.*

C.... doreur, 51 ans. Salle Jacquard, lit n°

Antécédents héréditaires. — Père tisseur, mort à l'hospice de l'Antiquaille à l'âge de 42 ans. Il était atteint du délire des grandeurs depuis trois ans lorsqu'il mourut.

Mère morte âgée de 76 ans, a présenté pendant quelque temps des vertiges et une parésie passagère qui gênait la marche.

Deux frères vivants dont l'un est atteint de gastrite. Mariés tous les deux, ces frères n'ont jamais eu d'enfants.

Rien chez les oncles, tantes ou grands parents.

Antécédents personnels. — Marié à deux reprises. Du premier mariage pas d'enfants, du second, une fausse couche et deux enfants morts en bas âge.

Prédisposition nerveuse. — Etant enfant il était très impressionnable, avait des migraines fréquentes. Il a toujours été très sensible.

Alcoolisme. — A commencé à faire des excès vers l'âge de 30 à 35 ans. Ils n'ont duré que quelques années.

Excès sexuels. — Très fréquent. Coït debout pendant très longtemps.

Le malade n'a jamais eu que la rougeole pendant l'enfance. Depuis aucune autre affection.

Service militaire pendant huit ans. Parti en 1869 le malade a fait la campagne de la Loire en 1870. Pas de souffrance du froid. Ensuite un an de séjour en Afrique.

En 1878 le malade revenu du service militaire se marie avec une femme veuve bien portante et ayant eu un enfant, De cette union il ne résulte ni fausses couches ni grossesse. La femme du malade meurt en 1883.

Syphilis. — En 1882, à l'âge de 33 ans, le malade dit avoir présenté entre l'anus et le scrotum une sorte de bourrelet rougeâtre de la grosseur d'un doigt. Cette tumeur paraît avoir été un condylome.

En même temps chûte totale des cheveux, des sourcils et de la barbe. Il dit aussi avoir eu des maux de tête très violents survenant principalement le soir. Ils ont duré plus de trois semaines.

Le malade ne se souvient pas avoir eu d'eruption ni de plaques muqueuses (il était peut-être un peu plus rouge sur le corps qu'à l'habitude, mais il n'est pas sur.)

Jamais il ne suivit de traitement mercuriel ou ioduré d'aucune sorte.

La tumeur dont était atteint le malade disparut à la suite de cautérisations au nitrate d'argent. Mais en 1891 elle parut de nouveau puis passa seule et sans traitement. L'examen de la verge dénote la présence de quelques cicatrices douteuses.

En 1887 le malade se remarie et de cette union résulte :

1° Un premier enfant mort à 4 mois d'affection mal déterminée du malade ;

2° Une fausse couche ;

3° Un enfant mort à 3 ans de méningite.

Histoire de la maladie. — L'affection actuelle a débuté il y a neuf ou dix ans, c'est-à-dire en 1889-90, par des douleurs nocturnes au niveau des reins. Ces douleurs, qui s'irradiaient jusque vers les hanches étaient si violentes qu'elles obligeaient le malade à rester debout des nuits entières.

A cette époque il aurait eu également des vertiges.

Il s'aperçut un jour que ses jambes festonnaient légèrement et qu'il avait beaucoup de peine à éviter les chûtes. Puis la démarche devint ataxique.

Les douleurs fulgurantes ont commencé dans les jambes il y a cinq ans, c'est-à-dire en 1894.

Etant allé voir le Dr Jamain, ce dernier fit le diagnostic d'ataxie. A peu près à la même époque que ses douleurs fulgurantes le malade a présenté des crises d'excitation génésiques et à d'autres moments de la spermatorrhée nocturne. Troubles laryngés fréquents.

Il entre en 1897 à l'hospice du Perron. Le malade peut encore marcher mais la marche est nettement ataxique.

Signe de Romberg.

Signe de Westphal.

Un peu d'incoordination. Perte du sens musculaire. Les douleurs fulgurantes ont continué dans les membres inférieurs.

En outre, du côté des viscères on constate de l'incontinence d'urine, des douleurs violentes au niveau de l'anus et du rectum. Crises de tenesme rectal.

Du côté du larynx, crises fréquentes de toux et paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs.

La maladie suit une marche progressive jusqu'en 1899. A cette époque le malade ne peut plus marcher. Les jambes sont complètement incoordonées dans leurs mouvements. Douleurs rectales et vesicales très prononcées.

Aux yeux il y a du ptosis des paupières et l'œil droit est affecté de cécité presqu'absolue. Aucune réaction ni à la lumière ni à l'accomodation. Légère inégalité pupillaire.

Le malade présente à ce moment un délire tranquille et revêtant la poursuite d'une idée fixe.

L'impotence est absolue.

Remarque. — Nous indiquons comme précédemment le début des symptômes du tabes survenant sept ans après les accidents syphilitiques et la marche de la maladie. Impotence neuf ans après le commencement du tabes.

OBSERVATION VIII

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Lépine.)

Résumé. — *Syphilis d'allure moyenne. — Non traitée. — Pas de prédisposition ni d'hérédité nerveuse. — Aucun excès. — Pas d'alcoolisme. — Début du tabes treize ans après le chancre. — Impotence en six ans.*

M..., employé comptable, 43 ans. Salle Saint-Elisabeth n° 34.

Antécédents héréditaires. — Père sans prédisposition nerveuse manifeste, mort à 68 ans de néphrite. Mère également indemne de tare nerveuse, morte à 62 ans d'une embolie cérébrale. Rien d'anormal dans la santé des oncles, des tantes ou des grands parents. Un frère bien portant, de caractère et tempérament normal.

Antécédents personnels. — Célibataire.

Prédisposition nerveuse. — Pas d'incontinence d'urine dans l'enfance. Pas de migraines. Légère impressionabilité, mais insignifiante. Convulsions à l'âge de quatre ans.

Alcoolisme. — Aucun excès.

Intoxication. — Le malade était fumeur, mais pas outre mesure. Il fumait environ un paquet de 0.50 en trois ou quatre jours.

Excès sexuels. — Jamais d'excès. Jamais de coït debout.

Le malade fut sujet à des convulsions vers l'âge de quatre ans. Puis il passa par toutes les maladies de l'enfance. Scarlatine, rougeole, coqueluche et prit aussi la fièvre typhoïde.

Syphilis. — A 19 ans, en 1874, blennorrhagie suivie quelques mois après d'un chancre très petit survenu sur la partie postéro-supérieure du gland. Cet accident, à peine plus gros que la tête d'une épingle, ne préoccupa pas le malade. Il se contenta de faire des cautérisations au nitrate.

Un an et demi après, pendant son séjour au régiment, le malade fut pris d'accidents secondaires multiples à plusieurs reprises.

Plaques rouges dans la région du scrotum, de la verge et des plis génito-cruraux. En même temps, plaques muqueuses à la langue sur les bords.

Alopécie très marquée, très nette des cheveux, mais ni maux de gorges, ni céphalées nocturnes. Le malade ne se rappelle pas s'il a eu de l'adénopathie inguinale. En tout cas, jamais il n'a suivi aucun traitement.

Depuis, jamais d'autres maladies.

Le malade, pendant son séjour au régiment, a eu une vie très calme. Il était musicien.

Histoire de la maladie. — En 1893, il y a six ans, le malade s'aperçut que, lorsqu'il était à sa toilette, il perdait l'équilibre si par hasard il fermait les yeux.

En même temps presque, apparut une diplopie passagère qui dura deux mois. Le Dr Dront, vu par le malade à cette époque, ne lui donna aucun traitement. Puis les troubles de l'équilibre se sont accentués peu à peu.

Il y a trois ans, il commença par prendre des crises laryngées très pénibles presque tous les jours. Crises de toux suivie parfois d'un véritable étouffement.

Les douleurs fulgurantes, d'une intensité modérée, n'ont fait leur apparition que depuis 1896.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 13 septembre 1898.

A ce moment on constate :

Incoordination très marquée des membres inférieurs. Ataxie dans la marche. Perte du sens musculaire presque complète.

Reflexes rotuliens abolis. Reflexe crénastérien aboli également.

Signe de Romberg.

Les douleurs fulgurantes se montrent de temps à autre, mais aux jambes seulement.

Aux membres supérieurs, l'incoordination est aussi prononcée qu'aux membres inférieurs.

Aux yeux, la vue est bonne, les pupilles dilatées. Signe d'Argyll-Robertson assez net.

L'appétit est conservé, pas de constipation marquée, jamais de crises gastriques.

Actuellement, le malade a considérablement maigri. Tous les symptômes décrits précédemment subsistent, mais l'incoordination a notablement fait des progrès. Les douleurs sont calmées par l'extension sur la table de Gilles de la Tourette. En revanche, la marche est devenue presque impossible. Quelques pas avec un soutien, sont le seul effort que puisse faire le malade.

Remarque. — Nous noterons, comme précédemment, l'intervalle de séparation entre le chancre et le début des accidents tabétiques qui est de dix-neuf ans.

La marche de l'ataxie est assez rapide. En six ans, le malade est devenu impotent.

OBSERVATION IX

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Bouveret)

Résumé.— *Syphilis d'allure assez grave, traitée irrégulièrement. — Alcoolisme. — Excès sexuels marqués. — Début des symptomes tabétiques vingt-cinq ans et demi après l'accident primitif. — Marche lente de la maladie.*

P..., cocher de fiacre, 60 ans. Salle Sant-Jean, n° 9.

Antécédents héréditaires. — Père mort âgé alcoolique. Nullement nerveux.

Mère morte à 48 ans de pleurésie. Pas de tare nerveuse non plus.

Rien chez les oncles, ni chez les tantes, ni chez les grands parents.

Une sœur morte à 67 ans, bien portante pendant sa vie. Sujette à des névralgies cependant.

Antécédents personnels. — Célibataire.

Prédisposition nerveuse. — Absolument rien d'anormal. Le malade n'est ni impressionnable ni emporté. Jamais de migraines, ni n'incontinence nocturne d'urine étant enfant.

Alcoolisme. — Deux à trois bouteilles de vin par jour, petit verre le matin, petit verre après le café.

Intoxication. — Non fumeur.

Excès sexuels.— Très génital, le malade dit qu'il pratiquait très fréquemment le coït jusqu'à cinq et six fois par nuit. Il a fait même des excès encore plus considérables. Jamais de coït debout.

Le malade a eu une très bonne santé pendant son enfance. Jamais aucune maladie.

Syphilis. — En 1867, à l'âge de 28 ans, le malade prit une blennorrhagie, puis 20 jours après le coït incriminé survint un chancre sur le prépuce.

Le malade alla à l'Antiquaille et fut soigné par M. Horand.

Deux pilules par jour que le malade ne continua pas plus de deux semaines. Chlorate de potasse. Puis traitement ioduré poursuivi environ pendant trois mois.

Quelques semaines après le chancre, céphalées extrêmement violentes soignées par toutes sortes de préparations imaginées par le malade. Maux de gorge et dysphagie. Plaques muqueuses buccales et linguales.

Adénopathie sous-maxillaire très marquée.

Le malade s'est traité pendant deux ans avec une série de dépuratifs variés. Sirop de salsepareille, tisanes. Il a continué le chlorate de potasse? mais les pilules mercurielles n'ont jamais été reprises depuis la sortie de l'hopital.

Il y a dix ans, le malade après avoir ressenti des troubles laryngés alla consulter le docteur Cordier. Il fut de nouveau soigné avec des pilules pour cette affection qu'il pensa être d'origine spécifique.

Dans son métier de cocher de fiacre le malade était assez souvent exposé aux variations de température, froid, humidité, neige, surtout la nuit.

Histoire de la maladie. — En 1892, c'est-à-dire à l'âge de 53 ans, il ressenti du côté rectum et de l'anus un tenesme très violent et très douloureux.

Etreintes très pénibles. Alternative de constipation opiniâtre et de diarrhée glaireuse.

Les phénomènes varièrent d'intensité mais allèrent s'aggravant peu à peu.

Il avait perdu tout appétit sexuel.

Quelques temps après les douleurs rectales, survinrent des troubles gastriques, des crampes d'estomac et des lancées tout autour de la ceinture pour lesquelles il alla à l'hôpital Saint-Joseph. Le malade se plaignait en même temps de douleurs gastriques.

On lui fit des lavages d'estomac.

Il y a deux ans commencèrent certains troubles de la miction.

Il urinait sans s'en apercevoir et éprouvait à d'autres moment du tenesme vesical.

Actuellement il entre à l'Hôtel-Dieu ayant toujours ses crises rectales douloureuses.

En même temps il se plaint de douleurs en ceinture, de sensation de *coup de sabre* sur l'abdomen.

Intégrité absolue des mouvements, il marche et tourne facilement.

Pas d'ataxie ni d'incoordination des membres inférieurs.

Pas de douleurs fulgurantes dans les membres non plus.

Signe de Romberg.

Signe de Westphal.

Signe d'Argyll-Robertson très net. Myosis très accusé. Vision bonne.

Aucun trouble de la sensibilité.

Le malade marche très aisément, mais la station debout le fatigue assez rapidement et l'oblige à se reposer souvent.

Remarque. — Ici très grand interval entre le chancre et le début du tabes. Depuis 1867 jusqu'à 1892 cela fait vingt-cinq ans entre l'accident primitif et les premiers symptômes.

En outre la marche de l'ataxie locomotrice paraît excessivement lente.

OBSERVATION X

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Lépine.)

Résumé. — *Syphilis plutôt légère. — Traitement insignifiant. — Prédisposition et hérédité nerveuse manifeste. — Alcoolisme assez marqué. — Pas d'excès sexuels. — Début du tabes onze ans après le chancre. — Impotence six ans après et amaurose.*

D..., ébéniste, 53 ans. Salle Ste-Elisabeth.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux, très emporté, très vif. Jamais de maladie pendant son existence. A l'âge de 71 ans, il prend une attaque qui lui laisse une paralysie complète du bras droit et une parésie légère des membres inférieurs.

Il reste deux ans et demi au lit et meurt de consomption à l'âge de 73 ans en 1885.

Mère légèrement impressionnable, mais pas anormalement

Tous les oncles ou tantes du malade, côté paternel, sont très nerveux.

Pas d'aliénation mentale dans la famille.

La grand'mère du côté paternel était très emportée.

Deux frères : l'un est mort d'accident à 47 ans, l'autre mort récemment à 58 ans.

Antécédents personnels. — Marié, le malade a eu un enfant mort à 4 mois en nourrice d'affection inconnue.

Prédisposition nerveuse. — Jamais d'incontinence d'urine ni de migraines pendant l'enfance. Le malade a toujours été impressionnable. La simple lecture de romans un peu tristes le faisait pleurer. En même temps colère très facile et très prompte.

Alcoolisme. — Un litre et demi de vin par jour. Très souvent, le matin, un petit verre de rhum. Une moyenne de cinq à six verres d'absinthe par jour pendant une douzaine d'années.

Intoxication — Très peu fumeur.

Excès sexuels. — Jamais beaucoup d'excès. Coït debout de temps à autre. Jamais le malade n'a eu d'affection pendant son enfance.

Parti à 21 ans pour le service militaire, Il fait trois ans en Algérie.

A la suite d'une chute sur le rebord d'un trottoir, une hémorrhagie intra-occulaire se produit dans l'œil gauche qui le fait mettre à la réforme.

Depuis ce temps, le malade n'a jamais recouvré la vue du côté gauche.

Il n'a jamais souffert de cet œil pas plus après l'accident que postérieurement.

Il se marie à 32 ans.

Syphilis. — A 35 ans, en 1883 environ, il prend un petit chancre sur la peau du fourreau de la verge qu'il va faire soigner à l'Antiquaille.

A ce moment, il avait des ganglions durs et non douloureux dans les plis inguinaux. Le Dr Cordier lui donne une potion renfermant de l'iodure de potassium, le malade ne se rappelle pas avoir pris des pilules. Traitement local avec une pommade. Ce traitement est suivi pendant trois semaines, après lesquelles le malade paraît guéri.

Pas de céphalées, ni roséole, ni alopécie. Pas de plaques muqueuses dans la bouche, ni maux de gorge.

En revanche, six à huit mois après, le malade ressentit dans les bras et dans les épaules des douleurs ostéocopes typiques.

Courbatures dans les membres supérieurs, comme s'il avait reçu des coups de bâton.

Le Dr Cordier, consulté, lui redonne de l'iodure de potassium. Aussitôt les douleurs passent. Elles ont en tout duré trois ou quatre mois.

En même temps, il existe des ganglions durs à la nuque et sur la face latérale du cou.

Le traitement n'est pas poursuivi.

Quelques temps après sa syphilis, le malade a un enfant qui meurt à 4 mois en nourrice (convulsions, croup ou autre affection ? pas de renseignements).

Dans son métier de menuisier-ébéniste, le malade était assujetti à un travail minutieux qui lui fatiguait assez notablement la vue. En outre, les vapeurs d'alcool dénaturé qui

sont en usage dans cette profession provoquaient très fréquemment de la rougeur très prononcée des conjonctives.

Histoire de la maladie. — En 1894, il y a cinq ans, le malade commença par ressentir des troubles de la vue. Les lettres du journal lui semblaient jaunâtres, brouillées.

Puis, de temps à autre, des accès de toux coqueluchoïdes. Sensation de chatouillement dans la gorge.

En 1897, la vue diminuant par trop, le malade va consulter le Dr Dor.

On lui fait des piqûres de strychine. En même temps électricité

Puis surviennent des phénomènes d'engourdissement dans le bras droit qui empêchent au malade de tenir ses outils. L'engourdissement gagne ensuite le bras gauche.

La vue diminuant toujours, le malade entre à l'Hôtel-Dieu en 1898 salle Sainte-Elisabeth.

A ce moment, il ne distingue plus ni les personnes, ni leur visage.

Il marche encore très bien.

Cependant on trouve le signe de Romberg, le signe de Westphal, et il semble au malade qu'il est sur des graviers.

Depuis déjà deux ans, des douleurs fulgurantes, simulant des décharges électriques, s'étaient montrées dans les membres supérieurs. Rien dans les jambes.

Actuellement, 1899, le seul œil qui restait au malade est atteint d'amaurose presque complète. Il peut à peine distinguer une lumière qui passe.

Aux membres supérieurs, les douleurs persistent assez fréquentes et, en outre, incoordination.

Aux membres inférieurs, l'incoordination se montre très marquée.

La marche est presque impossible, si le malade n'a pas un soutien.

On peut le considérer comme complètement impotent.

Remarque. — Les premiers symptômes du tabes se sont montrés onze ans après le chancre.

La marche de la maladie est assez prompte. Impotence au bout de six ans.

OBSERVATION XI

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Lépine)

Résumé. — *Syphilis d'apparence grave. — Traitement mercuriel d'un mois et demi.— Prédisposition nerveuse nulle. — Alcoolisme très marqué. — Excès sexuels légers. — Début du tabes onze ans après le chancre.*

L..., cocher de fiacre, 47 ans. Salle Sainte-Elisabeth.

Antécédents héréditaires. — Père nullement nerveux. Il est mort à 46 ans d'une affection cardiaque.

Mère absolument indemne de prédisposition nerveuse morte à 32 ans d'un cancer du sein.

Pas d'oncles ni de tantes, ni grands parents affectés d'une tare nerveuse quelconque.

Antécédents personnels. — Marié en 1880 à l'âge de 26 ans. Une fille dans les premiers temps du mariage, jamais de fausses couches.

Prédisposition nerveuse.— Absolument nulle. Ni migraine ni incontinence nocturne d'urine pendant l'enfance.

Alcoolisme — Deux litres de vin par jour, de trois à cinq verres d'absinthe.

Puis ces excès augmentent lors des premiers symptômes du tabes et le malade prend tous les jours pendant un an pour se donner des forces huit à dix petits verres, tant absinthe que rhum.

Intoxication. — Le malade ne fumait pas

Excès sexuels. — Quelques excès sexuels avoués. Coït debout assez fréquent. Jamais de maladie pendant l'enfance.

Plus tard quelques douleurs névralgiques mais passant rapidement.

Syphilis. — En 1887, à l'âge de 30 ans environ il prit sur la verge un chancre induré qualifié tel par le médecin qui le vit.

Il fut soigné uniquement par du sirop de salsepareille, sans frictions, ni pilules mercurielles. Ce traitement fut à peine suivi un à deux mois.

Les accidents secondaires débutèrent environ un an et demi après, par des plaques muqueuses de l'anus.

Le malade va à l'Antiquaille où il est soigné pour tous les accidents qui se présentent à cette époque.

Eruption papuleuse sur tout le corps, alopécie complète des cheveux, des sourcils et de la barbe.

Ces accidents sont rapidement enrayés grâce à un traitement mercuriel suivi pendant un mois et demi de séjour à l'hôpital.

En somme syphilis d'apparence grâve.

Dans son métier de cocher, le malade a souvent été exposé à la pluie et au froid surtout pendant les nuits d'hiver.

Histoire de la maladie. — Les premiers symptômes du tabes ont débuté il y a environ un an et demi, en 1898. Le malade sentait ses jambes fléchir sous lui et paraissait comme en état d'ébriété. Cette inconstance de l'équilibre s'accentuait encore pendant la nuit.

Puis, vers la même époque, c'est-à-dire il y a dix-huit mois, il ressent des douleurs lui parcourant les bras, le tronc et les membres inférieurs, mais avec une prédominance très marquée aux reins.

Le malade ne pouvait faire un mouvement sans ressentir des douleurs en ceinture typiques qui s'irradiaient vers les hanches.

A ce moment, pour se fortifier, il fait les nombreux excès alcooliques cités plus haut et prend huit à dix verres d'alcool par jour.

Ne pouvant plus continuer son travail il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Lépine.

On constate à ce moment :

Aux membres inférieurs l'ataxie a déjà commencé, le signe Westphal est manifeste.

Pas de perte marquée du sens musculaire.

En même temps signe de Romberg.

Aux membres supérieurs quelques douleurs dans les épaules et dans les bras.

Affaiblissement de la force musculaire, mais pas d'incoordination.

La vision est bien conservée. Jamais il n'y a eu de paralysie oculaire. Myosis, mais pas de signe d'Argyll-Robertson.

Comme traitement le malade a subi une seule fois une piqure de calomel qu'on n'a pas recommencé. Actuellement iodure de potassium.

Aujourd'hui la marche est encore très possible avec une canne, mais l'ataxie est assez prononcée.

Remarque. — Le malade paraît avoir eu ici une syphilis d'apparence grave. Le début des symptômes du tabes est de onze ans environ après le chancre initial.

La marche de la maladie est difficile à juger, le sujet n'étant tabétique que depuis un an et demi. En tout cas il marche encore treize ans après le chancre.

OBSERVATION XII

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Bard.)

Résumé. — *Syphilis avec symptômes à répétition, non traitée. — Prédisposition nerveuse manifeste. — Aucun excès. — Début du tabes vingt-sept ans après l'infection spécifique.*

P..., cultivateur, 53 ans. Salle Sainte-Marguerite, n° 9.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 42 ans d'une pneumonie. Pas de tare névropathique.

Mère de caractère violent, emporté, morte à 65 ans, d'une affection cardiaque.

Rien de connu comme troubles nerveux chez les oncles ni les tantes.

Quatre frères morts en bas âge. Une sœur et deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Célibataire.

Prédisposition nerveuse. — Manifeste. Depuis son plus jeune âge le malade est impressionnable et s'emporte aussi pour peu de chose.

Alcoolisme. — Aucun excès.

Excès sexuels. — Pas d'abus, pas de coït debout, mais tempérament assez génital.

Intoxication. — Il fume légèrement.

Pendant son enfance le malade n'a jamais eu que la rougeole. Jamais aucune autre affection depuis.

Syphilis. — En 1871-72, il prit un chancre à la verge et fut soigné par un médecin qui ne lui fit que des applications externes d'alcool.

Le chancre, situé sur le gland, n'était en aucune façon douloureux. Adénopathie inguinale très marquée, qui persiste encore à présent. Jamais ces ganglions n'ont suppuré.

Quelques mois après, chûte des cheveux presque totale.

Puis plus tard, en 1873 et 1880, le malade prit des plaques rouges sur la verge, qu'un médecin cautérisa avec du nitrate d'argent.

En même temps il existait des plaques muqueuses à la face internes des joues et un mal de gorge qui a persisté très longtemps.

Encore pas de traitement.

Ce n'est qu'en 1886, qu'un troisième médecin consulté sur de nouvelles plaques de la bouche et des commissures libiales, lui apprit qu'il avait la syphilis.

Il brûla ces diverses plaques avec du nitrate d'argent, mais pas plus que les autres ne lui donna de traitement mercuriel ou ioduré.

En somme jamais de traitement. Actuellement la cicatrice du chancre persiste encore.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, en 1897, le malade ressentit des douleurs lancinantes aux talons, se reproduisant tous les quatre ou cinq jours et durant une ou deux heures.

En outre, quelques bouffées de chaleur ardente aux jambes.

A peu près vers la même époque, douleurs cystalgiques et douleurs de ceinture.

Douleurs constrictives au niveau du thorax provoquant de la dyspnée.

Pas de crises laryngées.

Abolition complète du sens génital.

Il y a un an, faiblesse progressive des membres inférieurs. Marche presque impossible dans l'obscurité. Suppression de la transpiration des pieds et sensations de froid très marquées.

Actuellement, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs.

Incoordination très marquée des mouvements des jambes. Ataxie.

Le malade ne peut marcher sans le secours d'une chaise.

Signe de Westphal. Signe de Romberg.

Anesthésie plantaire très nette.

Comme troubles viscéraux, le malade présente des crises rectales très pénibles et urine en plusieurs actes.

Perte partielle du goût et presque totale de l'odorat.

Aux yeux, pas de signe d'Argyll. Réaction lente des pupilles à la lumière comme à l'accomodation. Pas de myosis. L'acuité visuelle a beaucoup diminuée.

Remarque. — Début des troubles tabétiques vingt-sept ans après le chancre.

OBSERVATION XIII

(Hospice de la Croix-Rousse. — Service du Dr Chappet.)

Résumé. — *Syphilis non traitée, d'allure moyenne. — Prédisposition nerveuse manifeste. — Début du tabes trente-cinq à quarante ans après l'infection spécifique.*

D..., représentant de commerce. Semble être âgé de 65 à 75 ans. Salle Saint-Irénée n° 16.

Le malade ayant eu un ictus récent, on n'obtient que des renseignements fort incomplets.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père violent, mort d'affection inconnue.

Mère morte aussi d'affection inconnue.

Aucun renseignement sur les oncles, tantes ou autres parents.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Marié à l'âge de 18 ans, a eu une seule fille. Sa femme a eu une fausse couche.

Prédisposition nerveuse. — Le malade prétend avoir toujours été très impressionnable, surtout pendant son enfance. Il a eu de l'incontinence d'urine jusqu'à 12 ou 15 ans. Ses parents le battaient et lui donnaient des gifles pour le faire cesser.

Alcoolisme. — Aucun excès.

Excès sexuels. — Quelques abus pendant la jeunesse. Rarement coït debout.

Intoxication. — Pas fumeur.

Le malade paraît avoir eu une vie très mouvementée.

Aucune affection pendant l'enfance.

Syphilis. — A l'âge de 15 ans, il part en Amérique pour la Louisiane. Là-bas il prend plusieurs maladies vénériennes, mais, à coup sûr, un chancre vers l'âge de 16 ans, contracté avec une négresse.

Cet accident, d'après les souvenirs un peu vagues du malade, n'a été suivi d'aucunes céphalées, ni boutons sur le corps. Pas d'adénopathie, ni alopécie, ni douleurs ostéocopes.

Mais certains renseignements donnés par sa femme dévoilent la nature syphilitique du chancre.

Le malade se marie, en effet, un an et demi à deux ans après cet accident, vers 1850. Sa femme prend, quelques semaines après le mariage, des boutons sur le corps, des maux de tête très violents et une maladie d'yeux que les médecins rattachèrent à l'existence d'une affection cutanée de son mari.

En même temps, elle était enceinte d'un enfant qui est mort à 6 mois.

Un docteur rattache également sa mort à la syphilis paternelle.

Le malade a eu deux autres enfants. Une fillette sujette aux maladies de peau pendant son enfance, âgée aujourd'hui de 36 ans. Un garçon mort du croup quelques années après sa naissance.

Histoire de la maladie. — Autant qu'on peut s'en rendre compte par un interrogatoire sommaire, le malade paraît avoir eu, depuis déjà un certain temps, des douleurs fulgurantes dans les jambes et une faiblesse rendant pénible la station debout.

Il était, en outre, sujet à des accès de fureur fréquents.

Le malade est entré dans le service pour une hémiplégie survenue brusquement à la suite d'une perte de connaissance passagère. L'état s'est un peu amélioré depuis quelques semaines.

Actuellement on constate :

Réflexes rotuliens absolument abolis des deux côtés.

L'impotence est absolue. La jambe et le bras droit sont paralysés.

Les douleurs fulgurantes sont revenues depuis quelques jours. Elles sont extrêmement violentes et prédominent à droite.

Le malade a des troubles du côté des sphinders. On le sonde deux fois par jour.

Du côté des yeux, la vision est bonne. Myosis et signe d'Argyll-Robertson des deux côtés.

Le malade, qu'on a dû attacher à cause des accès de délire auxquels il est sujet, pleure à tout moment comme dans le cas de ramollissement cérébral. Troubles de la parole très marqués.

Remarque. — Il est impossible de noter chez ce malade la date du début des accidents du tabes. Il semble pourtant y avoir eu un intervalle considérable entre la syphilis et la maladie actuelle. Près de trente-cinq à quarante ans.

Malades chez qui la Syphilis est présumable ou possible

OBSERVATION XIV

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc)

Résumé. — *Maux de gorge et point de coté suspects.* — *Surmenage* a frigore.— *Excès sexuels.*— *Un peu de prédisposition nerveuse ; enfant naturel.* — *Ataxie et douleurs fulgurantes.*

B..., agent de police, 51 ans. Salle Saint-Lazare.

Antécédents héréditaires. — Père et mère inconnue. Le malade est enfant naturel.

Antécédents personnels. — Marié, le malade a eu un enfant après quinze mois de mariage.

Prédisposition nerveuse. — Violent, emporté. Nullement impressionnable.

Alcoolisme. — Pas d'excès.

Intoxication. — Non fumeur.

Excès sexuels. — Le malade dit avoir fait de très nombreux excès sexuels, surtout vers 1872-73. Coït debout frequemment répété, plusieurs fois par jour.

Elevé pendant sa jeunesse à la campagne, le malade se souvient que vers l'âge de 7 ou 8 ans il avait constamment des éruptions au niveau des jarrets surtout l'hiver.

Il ne se rappelle pas avoir rien eu autour de l'anus ni aux pieds.

Il a présenté aussi pendant assez longtemps des maux d'yeux dont il ne peut préciser la nature, mais pour lesquels on le traita avec des vésicatoires à la nuque.

Jamais de surdité, bonne dentition, jamais d'hydarthrose ni aucun stigmate d'hérédo-syphilis visible.

Cultivateur jusqu'à l'âge de 17 ans, il part au régiment en 1865.

Pendant la guerre de 1870-71, le malade souffre de froids terribles dit-il.

Après le siège de Metz, il couche dans la boue et la neige pendant plusieurs jours, les soldats mourant de froid autour de lui.

Phénomènes suspects. — Le malade dit n'avoir jamais contracté comme maladie vénérienne qu'une blennorrhagie, mais en 1867-68 il raconte qu'au régiment, après avoir bu à une cruche *contaminée* par un de ses camarades, il présenta une angine cautérisée par le major avec du crayon de nitrate d'argent.

Aucun phénomène d'ordre secondaire. Pas d'éruption ni plaques muqueuses, pas de céphalées. Pas d'alopécie.

Cependant après la guerre de 1871, pendant qu'il était au camp de Sathonay il a ressenti un point douloureux dans le côté gauche.

Il ne se souvient pas avoir toussé à cette époque et ce point qui dura deux ou trois mois ne passa qu'à force de vésicatoires.

En 1872 il devient gardien de la paix jusqu'en 1876, à Paris.

En 1875 il se marie et a de sa femme un enfant assez bien portant, venu après quinze mois de mariage.

En 1876 conducteur d'omnibus jusqu'en 1877. Puis gardien du musée jusqu'en 1880.

A cette époque (1880) après les grands froids de l'hiver il est atteint d'eczéma des deux jambes et va à l'hôpital St-Louis pour se faire soigner.

Il est traité par des pommades et avec un sirop dont le malade ne peut affirmer la nature iodurée mais qui lui occasionna de nombreux boutons et furoncles à la nuque.

Jamais d'autres affections pendant son existence.

Histoire de la maladie.— Dès 1878 le malade avait éprouvé quelques douleurs très violentes dans les jambes, simulant des décharges électriques.

En 1882, il devient complètement impuissant. Des pertes séminales qu'il avait depuis l'enfance cessent puis augmentent de fréquence.

A la même époque douleurs en ceintures très pénibles et crises laryngées.

En 1884, la marche devient difficile et la difficulté principale réside dans la descente des escaliers.

En 1886, il entre au Perron et les symptômes sont à peu près les mêmes aujourd'hui qu'à son entrée.

Signe de Romberg.

Signe de Westphal. Ataxie et incoordination aux membres inférieurs.

Rien aux membres supérieurs.

Les douleurs en ceinture sont moins fréquentes, mais les douleurs fulgurantes continuent surtout aux jambes et aux chevilles.

Aux yeux, les pupilles sont petites et inégales et réagissent péniblement à la lumière comme à l'accomodation.

La démarche est nettement ataxique mais encore possible avec des béquilles.

OBSERVATION XV

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc.)

Résumé. — *Alopécie suspecte. — Deux fausses couches chez la femme du malade. — Prédisposition et hérédité nerveuse marquée — Alcoolisme prononcé. — Excès tabagiques. — Cécité.*

B..., modeleur, 62 ans. Salle Saint-Vincent, n° 10.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans d'une fluxion de poitrine. Homme très impressionnable, ne pouvait voir infliger la moindre correction à ses enfants.

Mère aussi violente que son mari était impressionnable.

Rien de particulier chez les oncles ni chez les tantes.

Cinq frères ou sœurs dont trois sont morts jeunes. Deux sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade est marié, sa femme a eu deux fausses couches et une fille morte à 15 ans.

Prédisposition nerveuse. — Vivacité anormale et impressionnabilité assez marquée.

Le malade dit cependant être moins nerveux que ses frères ou sœurs.

Alcoolisme. — Excès très prononcés. — De 20 à 50 ans, il buvait environ trois litres de vin par jour. Verre d'eau-de-vie tous les matins ; quatre ou cinq petits verres de cognac par jour. Apéritif (vermouth) de temps à autre.

Intoxication. — Pendant vingt-cinq ou trente ans, le malade a fumé de cinquante centimes à soixante-quinze centimes de tabac par jour.

Excès sexuels. — Aucun abus.

Jamais il n'a été malade pendant son enfance.

Il nie toute affection vénérienne et toute syphilis. L'interrogatoire le plus minutieux ne fait découvrir aucun soupçon de chancre.

Jamais d'adénopathie, de roséole ou plaques muqueuses.

Les seules présomptions qui puissent subsister de l'existence d'une syphilis chez sa femme ou chez lui, résident dans des phénomènes accessoires.

Phénomènes suspects. — Marié à 27 ans, le malade n'a pas d'enfants pendant les premières années de son mariage. Puis sa femme présente deux fausses couches successives. (L'une attribuée à un traumatisme ?)

Vers 1880, elle accouche d'un enfant bien portant mort plus tard, à 15 ans, de fluxion de poitrine.

Toujours aux environs de cette époque, le malade s'aperçoit qu'il perd ses cheveux.

L'alopécie s'est faite par place, laissant des plaques blanches de la largeur d'une pièce de cinq francs. Les cheveux repoussèrent d'ailleurs tout seuls quelques semaines après et il n'en reste plus trace actuellement.

Cette alopécie que le malade essaye d'expliquer par la chûte d'un liquide soi-disant corrosif, tombé sur le crâne et

sur ses vêtements, n'est guère explicable par ce fait. Le liquide en question ne lui causa, en effet, ni aucune brûlure sur le crâne ni aucune tache sur ses vêtements. Il ignore d'ailleurs quel il était.

On ne trouve dans l'histoire du sujet aucune autre affection.

En qualité de modeleur, le malade n'a jamais fait un travail très pénible, mais très minutieux, tout au compas. Il travaillait beaucoup la nuit à la lumière.

Histoire de la maladie. — En 1887, subitement, à 52 ans, la vue se trouble brusquement, sans vertige.

La vision de l'œil gauche est supprimée, celle de l'œil droit diminuée.

De Dr Gayet constate une atrophie de la pupille et le prévient de l'incurabilité.

Il entre au Perron en 1894. Jamais il n'a eu de douleurs fulgurantes.

Actuellement on constate une cécité absolue. Pas d'ophtalmoplégie.

Les pupilles sont égales, rétrécies. Le signe d'Argyll est absent.

Signe de Westphal, de Romberg.

Pas d'incoordination. La marche est très possible.

Quelques crises laryngées, légère incontinence d'urine.

OBSERVATION XVI

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc.)

Résumé. — *Adénite suppurée, bubon ou gomme syphilitique, survenue soit-disant sans chancre, ni écoulement. — Eczémas suspects guéris par l'iodure de potassium. — Pas d'enfants dans deux mariages successifs. — Pas de prédisposition nerveuse.— Aucun excès. — Fièvre typhoïde. — Fièvre intermittente. — Ataxie.*

M..., tisseur, 64 ans. Salle St-Vincent.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort brusquement à un âge avancé.

Mère morte d'affection inconnue.

Jamais le malade n'a remarqué chez eux un tempérament névropathique.

Rien d'anormal chez les oncles ni les tantes.

Deux frères morts, l'un subitement, l'autre d'une affection gastrique. Une sœur morte de maladie hydropique. Trois frères ou sœurs vivants et bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Marié à deux reprises. Il n'a jamais eu d'enfant.

Prédisposition nerveuse. — Nulle. Ni migraine, ni incontinence d'urine dans l'enfance.

Alcoolisme. — Aucun excès.

Excès sexuels. — Rien d'anormal.

Pendant son enfance le malade a eu une maladie grave dont il ignore la nature.

Il fut en danger de mort.

Sept ans de service militaire. Campagne de Crimée en 1853, pendant laquelle il eut beaucoup à souffrir du froid.

A la fin de la campagne il contracte la fièvre typhoide et pendant un des accés de délire de la maladie, il resté couché dans la neige et a les pieds presque gelés.

Phénomènes suspects. — A son retour en France, 1858, il contracte un écoulement très modéré qui dure une quinzaine de jours. Il est soigné à l'infirmerie du régiment avec des injections.

Soigneusement interrogé, le malade dit ne s'être jamais aperçu d'aucun chancre, ni d'aucun accident secondaire quelqu'il soit.

Il fait la campagne d'Italie, puis se marie (1862) avec une veuve ayant déjà eu un fils de son ancien mari, enfant vivant et bien portant.

De la nouvelle union, il ne résulte ni fausses couches ni enfant.

La femme du malade étant morte il se remarie une seconde fois, en 1864. Encore pas d'enfant ni fausses couches.

En 1870, selon les dires du malade il survient au niveau de l'aine gauche, une tumeur grosse comme un œuf de pigeon qui perce seule en donnant du pus.

Il qualifie cette grosseur, de bubon suppuré, quoiqu'il n'y ait eu à cette époque aucun écoulement ni aucun chancre.

En 1893, le malade entre à l'hospice de l'Antiquaille pour un eczéma survenu aux deux jambes, dont les cicatrices très pigmentées persistent encore. Il paraît y avoir eu perte de substance.

Il est soigné par des pommades et de l'iodure de potassium à l'intérieur. La guérison est rapide.

Enfin, l'examen des tibias permet de constater quelque nodosités douteuses.

A côté de ces divers phénomènes, il y a lieu de noter une fièvre intermittente très grave dont fut atteint le malade pendant trois mois, en 1860.

Histoire de la maladie. — Dès 1864, douleurs fulgurantes et constrictions dans les jambes.

Puis, en 1870, douleurs violentes à l'epigastre, accompagnées de vomissements.

Les douleurs fulgurantes dans les jambes augmentent peu à peu d'intensité.

En 1897, la faiblesse des membres inférieurs devenant manifeste et s'accompagnant de troubles dans la marche, il entre dans le service du professeur Lépine.

La maladie n'a pas fait beaucoup de progrès depuis cette époque et, lors de son entrée au Perron, on constate :

Ataxie des membres inférieurs. Marche mal assurée, impossible sans soutien.

Signe de Westphal, signe de Romberg.

Légère incoordination des membres supérieurs.

Pas de signe d'Argyll-Robertson, mais pupilles très punctiformes.

OBSERVATION XVII

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Lépine.)

Résumé. — *Deux blennorrhagies, adénopathie suspecte. — En deux mariages successifs, onze enfants, dont cinq sont morts en bas âge sans affection bien déterminée Une jeune fille morte à 19 ans d'aliénation mentale et ayant présenté, pendant son enfance, de la kératite et de mauvaises dents. — Prédisposition nerveuse marquée. — Pas d'excès. — Le tabes est à son début.*

C..., menuisier, 62 ans. Salle Saint-Elisabeth.

Antécédents héréditaires. — Père très vif, emporté, mort à 33 ans d'attaque d'apoplexie.

Mère morte d'une maladie de cœur. Pas de nervosisme marqué.

Rien d'anormal chez les oncles, ni chez les tantes.

Une sœur morte à 19 ans d'affection pulmonaire. Un frère mort tout enfant.

Deux autres frères bien portants actuellement.

Antécédents personnels. — Marié à deux reprises. Le malade a eu en tout onze enfants, dont cinq sont morts en bas âge sans affection bien caractérisée (convulsions ou défaut de soins?)

Deux autres sont morts également en bas âge de la diphtérie. Une jeune fille est morte à 19 ans à l'asile de Bron, où elle était soignée pour une affection mentale.

Il reste en tout un fils de 22 ans, de santé médiocre ; une jeune fille de 17 ans, anémique ; enfin une fille, de 12 ans bien portante.

Donc sur onze enfants il en reste trois.

Prédisposition nerveuse. — Impressionnabilité exagérée. Le malade pleure devant le chagrin des autres.

Alcoolisme. — Pas d'excès.

Tabac. — Peu fumeur.

Excès sexuels. — Quelques excès, mais pas de coït debout.

En 1840, à l'âge de 3 ans, le malade a eu les deux bras cassés et une jambe fracturée par les roues d'une charrette qui lui a passé sur le corps.

Jusqu'à l'âge de 20 ans aucune maladie.

A 21 ans, chute du haut de la grande salle de l'Hôtel de Ville de Lyon et fracture de cuisse guérie à l'Hôtel-Dieu.

Phénomènes suspects. — Le malade dit n'avoir jamais pris de chancre, mais vers 21 ans (1858) il a contracté plusieurs écoulements qui n'ont jamais duré plus de huit ou dix jours et n'ont jamais été traités.

Jamais de céphalées, ni d'alopécie, ni de plaques muqueuses. Pas de maux de gorge.

Le malade dit avoir eu fréquemment des éruptions sur le corps, mais qui paraissent sans signification.

Il a cependant consulté un empirique pour se guérir de l'adénopathie qu'il avait constaté au cou. Les ganglions auraient disparu très rapidement à l'aide d'un certain élixir ?

Marié une première fois à 23 ans avec une femme qui est toujours restée souffrante depuis son mariage, il a eu six enfants.

Le premier, né un an après son union, est mort à 3 ou 4 mois (manque de soins en nourrice ?)

Le deuxième est mort de convulsions en très bas âge.

Le troisième est une jeune fille morte à 20 ans à l'asile de Bron, aliénée. Cette enfant était très impressionnable, excessivement pâle. Ses dents, qu'elle avait toutes à 6 mois, dit le malade, tombèrent dix-huit mois après. En outre, elle a été soignée pendant deux ans à l'hôpital Saint-Pothin pour une maladie d'yeux caractérisée par une tache blanchâtre sur le voyant (*sic*).

Cette tache disparut assez bien plus tard pour lui laisser une vision presqu'intacte.

Pas de surdité.

Le quatrième enfant du malade est mort à quelques mois, de convulsions, en nourrice ?

Le cinquième est vivant et, quoique de santé médiocre, fait son service militaire.

Le sixième est mort de convulsions au bout de huit jours.

Puis le malade se marie une seconde fois après la mort de sa femme.

Du second mariage il a :

1° Un enfant mort à 18 mois (de fièvre de dentition ?)

2° Une fille qui a actuellement 17 ans, anémique, mais bien portante à part cela.

3° et 4° Deux enfants morts de diphtérie, l'un à 3 ans, l'autre à 5 ans.

5° Une fille qui a 12 ans et se porte bien actuellement.

Dans les deux mariages il n'y a jamais eu de fausses-couches.

Comme maladie, le sujet n'a présenté qu'une fièvre typhoïde légère à 38 ans (1875).

Histoire de la maladie. — Début, il y a quinze ans environ (1885), par des douleurs dans les membres inférieurs.

Quelques douleurs dans les bras. Parfois contrictions au niveau de la ceinture.

Il y a un an, pollakiurie, puis bientôt miction involontaire.

Entré à l'hôpital pour de la dyspnée on constate :

Réflexes rotuliens presque abolis.

Signe de Romberg très net.

Pas d'ataxie, mais les douleurs de type nettement fulgurant persistent.

Tremblement des membres supérieurs avec incoordination.

Douleurs en ceinture marquées.

Au yeux, pupilles rétrécies et signe d'Argyll-Robertson très net.

Le malade marche presque normalement.

OBSERVATION XVIII

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Bouveret)

Résumé. — *Histoire d'échauffement suspect, soigné avec de l'iodure. — La femme accusée d'avoir déterminé cette affection donne la syphilis à un des amis du malade. — Prédisposition nerveuse très marquée. — Célibataire. — Incoordination, ataxie puis impotence.*

G ..., marchand de comestibles, 44 ans. Salle St-Jean, n° 18.

Antécédents héréditaires. — Père vif, très emporté, mort à l'âge de 74 ans des suites d'un refroidissement.

Mère n'ayant aucune tare névropatique morte, de suites de couches.

Les parents du malade étaient cousins germains lorsqu'ils se sont mariés.

Deux frères et une sœur en bonne santé.

Rien chez les oncles, tantes ou grands parents du côté paternel.

Une tante du côté paternel est morte avec une hémiplégie.

Antécédents personnels. — Célibataire.

Prédisposition nerveuse. — Le malade est d'une impressionnabilité exagérée et a toujours été ainsi. La seule nouvelle d'évènements malheureux chez des personnes étrangères suffisait à lui amener des larmes. D'autre part, après les efforts exagérés, la fatigue, il était fréquemment pris de temblement et il lui sembait qu'un corps étranger remontait de l'épigastre au cou.

Bégaiement depuis l'enfance Incontinence d'urine jusqu'à 7 ou 8 ans.

Alcoolisme. — Aucun excès, à peine un litre de vin par jour.

Excès sexuels. — Quelques coïts debout. Autrement pas d'abus.

Intoxication. — Non fumeur.

— Rougeole très grave à l'âge de 13 ans. Le malade n'a jamais eu d'autres maladies.

Phénomènes suspects. — En recherchant soigneusement dans les antécédents du malade, on n'y trouve ni chancre ni aucune trace d'accidents secondaires quels qu'ils soient.

Cependant il raconte qu'en 1889, à l'âge de 35, ans il prit une affection vénérienne qu'il qualifie d'échauffement.

Les lèvres du méat étaient collées, boursouflées, rouges. L'écoulement était à peine sensible. Pas de douleurs en rasoir.

Un pharmacien consulté lui donne une poudre pour appliquer sur les lèvres du méat, mais pas d'injection.

En même temps il lui ordonna de prendre certaines pilules noires (non des capsules) dont il devait absorber quatre par jour. Enfin pour compléter le traitement il lui conseilla de prendre du sirop de salsepareille ioduré et de continuer son emploi au moment des printemps pour éviter les *éruptions printanières ultérieures*.

Le malade guérit de cet échauffement en dix ou quinze jours. Il ne prit jamais que quelques pilules et usa de son sirop environ deux mois.

La femme avec qui il avait contracté cette maladie eut des rapports un an après avec un de ses amis.

Cet ami prit un chancre sûrement syphilitique, suivi de maux de têtes très violents, d'éruption, de plaques muqueuses.

Il y a trois ou quatre ans enfin le malade a présenté à la jambe gauche une série de rougeurs qui peu à peu formèrent presque plaie et s'agrandirent.

Un pharmacien intervint de nouveau et donna une pommade et une boisson qui firent passer le mal en quelques jours.

Pendant la plus grande partie de sa vie le malade s'est toujours plaint d'une faiblesse marquée des membres inférieurs. Après un effort pénible il était pris d'un tremblement des jambes qui durait une ou deux minutes.

Histoire de la maladie. — En 1894-95, le malade sent que la faiblesse des jambes a considérablement augmenté. En même temps apparaissent des douleurs dans la région lombaire qu'il soigne par des topiques.

La faiblesse des jambes augmentant, il entre à l'hôpital en 1898.

Le malade n'est déjà plus maître de ses mouvements. Pour marcher il est obligé de regarder ses pieds.

Les jambes paraissent toujours froides, comme gelées.

Puis, à la suite d'une artropathie du poignet gauche accompagnée d'un œdème considérable, on lui empute la main et une partie du bras (1898).

Actuellement l'incoordination est complète aux membres inférieurs.

Perte du sens musculaire. La marche est impossible.

Signe de Westphal. Abolition des reflexes crémastériens et abdominaux.

Douleurs en ceinture de temps à autre.

Pas de trouble de la vue. Pas de signe d'Argyll. Aucun symptôme viscéral. Jamais de crises gastriques. Pas de trouble de la miction.

Malades chez qui on ne trouve aucun antécédent syphilitique

OBSERVATION XIX

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Aucune trace d'antécédents spécifiqaes. — Prédisposition névropathique très marquée. — Marié le malade n'a pas d'enfants. — Le malade était grand fumeur. — Troubles oculaires. — Ataxie.*

M..., employé de commerce, 60 ans. Salle St-Emile, n° 9.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu.

Mère bien portante, âgée de 80 ans. Excessivement impressionnable.

Les oncles ni les tantes n'ont jamais présenté aucun trouble névropathique.

Un frère mort après son service d'affection inconnue. Une sœur morte à l'âge de 40 ans. Elle avait deux enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Marié, le malade n'a jamais eu d'enfants. Pas de fausses couches chez la femme.

Prédisposition nerveuse. — Le malade a toujours été très émotif, pleurant au moindre accident. La vue seule d'une personne en larme le faisait pleurer. Jamais de crises d'aucune sorte.

Alcoolisme. — Aucun abus.

Excès sexuels. — Quelques coïts debout, mais pas d'excès prononcés.

Intoxication. — Le malade a toujours beaucoup fumé. Depuis l'âge de 17 à 18 ans jusqu'à sa maladie actuelle, il consommait un paquet de 0,50 cent. de tabac par jour ou par deux jours.

— Le malade nie absolument la syphilis et il n'est possible de découvrir chez lui aucun phénomène suspect. Aucun stigmate de syphilis héréditaire. Jamais aucune maladie vénérienne.

Il fait sept ans de service en Afrique dans les hussards, de 1860 à 1867. Garnisons d'Alger, d'Oran et de Blidah.

Marié à son retour du régiment, de cette union ne naît aucun enfant. Pas de fausses couches.

Le Dr Chambard avait prévenu le malade que sa femme n'aurait probablement jamais d'enfant ?

Jamais aucune maladie dans l'existence du sujet, mais il s'est toujours beaucoup surmené. Dès l'âge de 8 ans il a gagné sa vie, en servant d'aide aux maçons.

Puis il a changé plusieurs fois de métier, traîneur de carrioles, ouvrier apprêteur, finalement employé de commerce.

Histoire de la maladie. — La maladie actuelle a commencée en 1886, à l'âge de 46 ans, par des troubles de la vue survenus avant tout autre phénomène.

Brouillard devant les yeux qui alla s'épaississant, puis diplopie.

Un an après la vue était devenue très mauvaise et le malade ne pouvait plus distinguer que la lumière due à l'ouverture des fenêtres ou aux lampes.

Environ à cette époque, 1887, il avait commencé à ressentir de la lassitude dans les jambes, puis brusquement survinrent dans les membres inférieurs des douleurs violentes en fer rouge. Le malade décrit le type habituel des douleurs fulgurantes.

Bientôt survient de l'ataxie de la marche et une sensation de tapis sous les pieds.

Crises rectales et alternative de constipation et diarrhée.

Il entre successivement dans le service du Dr Mollière puis du Dr Bondet.

Le malade qui était atteint d'amaurose très prononcée, ne distinguait pas les personnes, encore moins les couleurs, est très amélioré par la suspension faite chez le Dr Bondet. Il recouvre une vue très passable, et la marche qui était presque

impossible, devient suffisante pour que le malade demande à sortir de l'hôpital.

Les troubles de la vision avaient duré en tout trois ans.

Notons en passant qu'on avait constaté chez lui, dans les divers services, des phénomènes hystériques très nets. Pas de réflexe pharyngé. Zone hypogastrique douloureuse très marquée. On pouvait lui traverser le bras avec une aiguille sans aucune douleur, ni aucune issue de sang.

Rentré à l'hôpital dix-huit mois après sa sortie pour les phénomènes ataxiques qui avaient repris une nouvelle intensité, il est admis au Perron en 1897.

A ce moment signe de Westphal, signe de Romberg, la marche est possible avec des béquilles, mais l'ataxie est très marquée.

Les membres supérieurs sont intacts. Pas de douleurs.

La vision est assez bonne pour permettre la lecture. Les pupilles sont en myosis et ne réagissent ni à la lumière ni à l'accomodation.

OBSERVATION XX

(Hôspice du Perron. — Service du Dr Leclerc)

Résumé. — *Aucune trace d'antécédents spécifiques.* — *Prédisposition nerveuse très marquée.* — *Célibataire.* — *Excès sexuels.* — *Quelques abus alcooliques.* — *Fièvre intermittente.* — *Surmenage* a frigore. — *Douleurs en ceinture* ; *ataxie puis impotence.*

L..., garçon de café, 55 ans. Salle Saint-Lazare, n° 21.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident. Pas de renseignements sur son tempérament.

Mère morte de fluxion de poitrine. Pas de renseignements non plus.

En tous cas jamais de maladies nerveuses dans la famille du malade.

Une sœur ayant des enfants bien portants.

Une autre sœur morte à 20 ans d'affection inconnue.

Un frère marié, dont les quatre enfants sont morts en tout bas âge entre 6 mois et 4 ans.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Célibataire.

Prédisposition nerveuse. — Impressionnabilité très marquée. Pas d'incontinence d'urine dans l'enfance. Pas de migraine.

Alcoolisme. — Quelques excès alcooliques. Deux litres de vin par jour. Petit verre le matin. Apéritifs.

Excès sexuels. — Nombreux coïts debout. Excès génitaux constants, surtout après son service militaire. Il était d'ailleurs peu délicat dans ses choix féminins et se livrait à des actes sexuels selon le hasard des circonstances (dans des allées, dans des caves). Pendant sept mois notamment il eut journellement de trois à quatre coïts (1872).

Intoxication — Le malade était très peu fumeur.

Pendant le tout jeune âge, petite vérole. Il tient ce renseignement de ses parents. Elle aurait été très bénigne et en tout cas n'a pas laissé de trace.

A l'âge de 10 ans, après s'être jeté à l'eau pour sauver un de ses camarades qui se noyait, il fut pris de fièvre qui se manifesta sous forme d'accès intermittents à type tierce. La maladie dura dix-huit mois et fut traitée par toutes sortes de remèdes empiriques.

Avant de partir pour son service militaire, à l'âge de 19 à 20 ans, blennorrhagie avec écoulement abondant. Durée un à deux mois.

Le malade fait ensuite sept ans de service militaire, de 1866 à 1873.

Jamais le malade n'a eu de chancre, ni de phénomènes syphilitiques.

Aucune éruption, pas de céphalées, pas d'alopécie, pas de plaques muqueuses.

Il ne raconte rien pouvant faire soupçonner une syphilis héréditaire.

En revanche, surmenage pendant la guerre de 1870. Nombreuses nuits passées dans la neige par des températures de — 20 degrés.

Histoire de la maladie. — L'affection actuelle a débuté en 1874 par des douleurs occupant tout le corps. Lancées très aiguës parcourant le tronc et les membres.

Douleurs en ceinture très prononcées surtout.

En 1875, crise douloureuse qui dura vingt-quatre heures et se localisa aux membres inférieurs. Soubresauts des tendons.

L'état resta stationnaire jusqu'en 1884 et lui permit de faire à peu près son métier de garçon de café.

En 1884 il ressentit de nouveau des douleurs en ceinture très marquées.

Douleurs dans les jambes ; ténesme rectal pénible. Erections très fréquentes.

Les bras paraissent complètement engourdis.

Entré à l'Hôtel-Dieu, il est traité par du bromure et des piqûres de morphine.

Il avait à ce moment des crises gastriques et des vomissements d'apparence éthylique. Peu de temps après il sort de l'hôpital.

Il y rentre bientôt avec de la faiblesse des jambes.

Sa démarche était, dit-il, celle d'un homme ivre.

Signe de Romberg.

Signe de Westphal.

Le malade est entré au Perron en 1886. Il a complètement perdu l'usage de ses jambes depuis 1896.

La vue est actuellement conservée, pas d'ophtalmoplégie.

Pupilles punctiformes.

Un peu de fréquence dans la miction, sans incontinence.

OBSERVATION XXI

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc)

Résumé. — *Aucune trace d'antécédents spécifiques. — Deux blennorrhagies. — Nombreux abus sexuels. — Surmenage à frigore. — Prédisposition nerveuse très marquée. — Le malade marié a eu trois enfants bien portants. — Crises viscérales, priapisme douloureux, ataxie puis impotence. — Amaurose.*

P..., dessinateur, 58 ans. Salle St-Lazare, n° 27.

Antécédents héréditaires. — Père non nerveux, mort à 62 ans.

Mère morte à 58 ans d'une affection pulmonaire, très nerveuse très impressionnable.

Pas de tare névropathique chez les collatéraux.

Trois frères, tous morts en bas âge entre leur naissance et l'âge de 4 ans. L'un d'eux est mort de petite vérole.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Marié, le malade a eu trois enfants bien portants.

Prédisposition nerveuse. — Impressionnabilité très marquée.

Le malade ne pouvait lire une page de roman trop émouvante sans pleurer.

Il ne pouvait assister aux représentations dramatiques.

Alcoolisme. — Pas d'excès.

Intoxication. — Fumait très peu.

Excès sexuels. — Nombreux abus, surtout vers l'âge de 18 ou 20 ans. Il a eu jusqu'à trois maîtresses à la fois qu'il voyait plusieurs fois par jour. Coït debout de temps à autre.

— Vers l'âge de 7 ou 8 ans, quoique ayant été vacciné pendant son enfance; le malade dit avoir pris la petite vérole. L'affection a d'ailleurs été très bénigne et n'a laissé qu'une légère cicatrice douteuse au front.

De 1862 à 1869, le malade fait sept ans de service militaire, dont cinq en Afrique.

Pendant son séjour en Afrique il a contracté deux blennorrhagies à quelques mois de distance. Elles durèrent chacune un ou deux mois et passèrent à l'aide d'injections. Jamais de chancre.

Malgré un interrogatoire minutieux, on ne découvre la présence d'aucun phénomène secondaire pendant la vie du malade. L'examen du corps ne révèle aucune cicatrice. Aucun stigmate de syphilis héréditaire, ni aucune malformation osseuse.

Marié à 28 ans, à son retour du service militaire, il a eu trois enfants bien portants, dont le premier est né après quinze mois de mariage. Jamais de fausses couches chez la femme.

En 1870, campagne contre les Allemands en qualité d'aide de camp. Pendant ces fonctions il fut exposé à des froids très rigoureux et à de longues courses nocturnes dans la neige.

Histoire de la maladie. — Le malade ressentit les premières atteintes de l'affection actuelle à 29 ans en 1871. Douleurs en coup de foudre dans les deux jambes, mais elles étaient supportables.

En 1872, chute brusque dans un escalier à la suite de laquelle son pied se met met en extension forcée, et reste complètement engourdi et pour ainsi dire gelé pendant plusieurs mois.

De 1876 à 1880, érections pénibles, crises de priapisme douloureux qui l'obligent à se séparer du lit de sa femme.

Il insiste beaucoup sur la fréquence de ces crises et la douleur provoquée par les érections.

En 1880, il se met au lit. Il ressent en plus des phénomènes précédents, des douleurs rectales et anales qui produisent un ténesme et des épreintes répétées. Il entre dans le service du Dr Chappet. On constate le signe de Romberg et de Westphal.

Puis survient de l'incontinence d'urine.

Les douleurs fulgurantes qui avaient eu un moment d'arrêt reprennent leur intensité.

A son entrée au Perron 1896, il est complètement impotent.

Les signes de Westphal et d'Argyll-Robertson sont nettement constatés.

Les douleurs fulgurantes continuent. L'impuissance est absolue.

Actuellement on constate aux yeux une amaurose presque complète à droite ; une diminution très marquée de l'acuité visuelle à gauche.

OBSERVATION XXII

(Hôtel-Dieu. — Service du Dr Lépine.)

Résumé. — *Aucun antécédent spécifique. — Célibataire. — Prédisposition s'étant manifestée par des migraines dans l'enfance. — Aucun excès. — Tabes à marche très rapide sans douleur. — Impotence en trois ans.*

M..., voiturier, 42 ans. Salle St-Elisabeth. N° 5.

Antécédents héréditaires. — Père non nerveux, mort à 40 ans, subitement. Il était atteint de maladie de cœur.

Mère morte à la suite d'une affection fébrile, d'origine oculaire.

Pas de renseignements sur les oncles ni les tantes.

Un frère âgé de 40 ans, bien portant, marié, mais sans enfants.

Une sœur assez nerveuse, emportée, vive, mariée, a eu un enfant mort depuis.

Pas de fausses couches dans la famille du malade.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Célibataire.

Prédisposition nerveuse. — Le malade n'est ni emporté, ni vif, ni impressionnable.

Pas d'incontinence d'urine pendant l'enfance. En revanche, depuis l'âge de 8 ou 10 ans jusqu'à 15 à 18 ans, il prenait tous les huit jours environ de violentes migraines accompagnées de vomissements.

Alcoolisme — Pas d'excès.

Excès sexuels. — Aucun abus.

On ne trouve rien qui puisse faire penser à la syphilis héréditaire.

— Le malade dit n'avoir jamais pris aucune affection vénérienne, ni blennorrhagie ni chancres. On ne trouve les traces d'aucun accident spécifique et son histoire ne révèle rien qui ressemble à la syphilis.

Il n'a jamais eu non plus aucune autre affection. Le seul accident qui lui soit arrivé est un traumatisme de la cornée à l'œil droit.

Etant tout jeune il reçu un coup de son père, dit-il. La cornée porte en effet un large leucôme.

Le malade a fait successivement le métier de cultivateur de 18 à 25 ans, puis de voiturier à partir de 25 ans.

Parfois il était exposé à l'humidité, son métier l'obligeait à marcher souvent dans la boue jusqu'au mollet.

HISTOIRE DE LA MALADIE — Il y a trois ans, en 1896, à la suite d'un déchargement de matériaux fait sous une pluie battante, le malade se sentit les jambes raides.

Cette raideur des jambes se manifesta depuis, fréquemment au réveil.

Il entre à l'Hôtel-Dieu en 1897 avec une faiblesse très marquée des membres inférieurs.

On constate de l'ataxie de la marche et le signe de Romberg.

Puis les troubles de la motilité augmentent rapidement.

Quelques mois après son entrée, incoordination marquée des membres inférieurs, signe de Westphal et abolition du reflexe plantaire.

Tremblement des membres supérieurs et légère incoordination.

Puis tous les symptômes s'accentuent, la marche est actuellement impossible, le malade ne peut même plus soulever les jambes de son lit.

Pas de crises gastriques, jamais de crises rectales.

Incontinence d'urine marquée.

Aux yeux photophobie, mais pas de signe d'Argil-Robertson.

Dans tout le cours de sa maladie, jamais il n'y a eu de douleurs fulgurantes.

Ainsi, sur les vingt-deux malades que nous avons observés, il y en a quatre seulement dont l'histoire ne revèle aucun antécédent spécifique.

Est-ce à dire pour cela, que sûrement ils ne sont pas syphilitiques ?

Evidemment non ; jamais on ne peut dire de quelqu'un qu'il n'est pas syphilitique.

En revanche, souvent certains détails de l'observation d'un malade vous incitent à penser que si le sujet est indemne d'antécédents spécifiques, il s'est trouvé dans d'excellentes conditions pour prendre la syphilis. Par exemple :

Dans l'observation XIX, nous trouvons que le malade a fait sept ans de service militaire en Algérie.

C'est un pays où la fréquence de la syphilis est chose connue ; en revenant du service, il se marie et n'a pas d'enfants (?).

Dans l'observation XXI, le malade a fait également cinq ans de service militaire en Algérie. Très génital, il n'y a pas mené une existence véritablement exemplaire. Deux blennorrhagies contractées là-bas, témoignent d'une vie sexuelle qui a pu l'exposer à d'autres contaminations.

Enfin dans l'observation XX, nous avons à faire à un malade célibataire, garçon de café qui, n'étant lié par aucun contrat, a pris ses plaisirs un peu au hasard des circonstances. Très génital, il avoue volontiers que le choix de la femme et des lieux était le moindre de ses soucis. Il avait jusqu'à trois ou quatre coïts par jour. Entre temps il a pris une blennorragie.

— N'y a-t-il pas là un ensemble de circonstances qui peut faire planer quelque doute sur les antécédents d'un homme devenant plus tard ataxique.

Voyons maintenant les observations des femmes.

L'accident primitif étant très difficile à retrouver chez ces dernières et passant la plupart du temps inaperçu, nous considèrerons comme syphilitiques toutes celles qui auront eu :

1° Des accidents secondaires indubitables ;

2° Un ensemble de phénomènes venant à l'appui de l'hypothèse de l'infection syphilitique, c'est-à-dire : fausses couches, enfants morts en bas âge sans cause déterminée, éruptions suspectes chez le mari.

NOTA. — Deux de nos malades (II et XXI) sont morts il y a quelques jours des suites de leur affection. L'examen de la moëlle a démontré la présence des lésions caractéristiques du tabes.

FEMMES

Malades chez qui la syphilis est certaine dans les antécédents

OBSERVATION XXIII

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc)

Résumé. — *Syphilis non traitée à 22 ans. — Mariée, pas d'enfants, quatre fausses couches. — Aucun excès. — Prédisposition nerveuse marquée. — Début du tabes treize ans après la syphilis. — Marche très lente de la maladie. — Amaurose.*

P. M..., couturière, 59 ans. Salle Sainte-Anne. N° 17.

Antécédents héréditaires. — Père très vif, très emporté, très impressionnable, mort à 76 ans, d'une affection vésicale.

Mère très violente, également morte d'une attaque à 68 ans.

Trois sœurs en bonne santé. Une morte de bronchite.

Rien d'anormal chez les oncles ni les tantes.

Antécédents personnels. — Mariée, pas d'enfants, quatre fausses couches.

Prédisposition nerveuse.— Très marquée, pleurs à propos d'évènements sans importance, constrictions de la gorge amenant parfois de la disphagie (avant son tabes).

Alcoolisme. — Pas d'excès.

— Réglée à 13 ans régulièrement.

La malade raconte que pendant son enfance, à l'âge de 6 ou 7 ans, elle fit une chute sur la région lombaire qui l'immobilisa au lit pendant près d'un an.

A la suite de ce traumatisme, elle fut atteinte d'incontinence d'urine qui persista pendant un an également.

Puis la guérison survint et elle ne fut atteinte d'aucune autre maladie jusqu'à son mariage, à 22 ans. en 1863.

Syphilis. — Le mari de la malade paraît avoir été syphilitique si l'on s'en rapporte au traitement prolongé par l'iodure qui lui fut ordonné avant et après son mariage. Il eut à un certain moment de grands maux de tête.

Jamais la malade n'a remarqué de chancre aux parties génitales.

Dix mois après son mariage elle eut une fausse couche à la suite de laquelle elle perdit ses cheveux et présenta une métrite tenace pour laquelle le Dr Rodet ordonna des cautérisations au nitrate d'argent et des lavages (1864).

Quelques semaines après, apparurent sur la poitrine quelques taches rosâtres de la dimension d'une pièce de vingt centimes.

Elle fut traitée par des bains sulfureux et du sirop de salsepareille.

Aucun autre traitement ayant une apparence anti-syphilitique.

Puis, elle eut successivement trois autres fausses couches. Dans toutes les grossesses l'avortement a eu lieu à sept mois.

Au point de vue surmenage, la malade qui était couturière, n'a jamais fait usage de la machine à coudre. En revanche, elle a beaucoup travaillé à la lumière, le soir dans ses travaux d'aiguille. Cela depuis l'âge de 15 à 32 ans, c'est-à-dire dix-sept ans.

Nombreux chagrins pendant son existence.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 36 ans, quatorze ans après son marige, la malade ressentit des douleurs très violentes dans la tête. Le Dr Rodet consulté parvint à la soulager momentanément.

Quelques mois après, ces douleurs cessèrent subitement et furent remplacées par des crises de ténesme vésical très pénibles.

La miction était devenue douloureuse et la malade était sujette à des épreintes vésicales, particulièrement dans la station debout.

En même temps, elle urinait parfois sans s'en apercevoir, surtout la nuit.

Ces troubles ont persisté avec une ténacité déplorable pendant plusieurs années.

Elle est soignée sans succès pour ces troubles et pour des crises gastriques qu'elle a déjà commencé à ressentir.

Quelques mois après, douleurs lancinantes, en coups de foudre, en coups de couteaux dans les membres inférieurs.

A ce moment, la malade éprouvait de la peine à se tenir debout dans l'obscurité.

Cinq ou six ans après ses premières douleurs, la malade voit sa vue diminuer.

Cette amblyopie augmente peu à peu et aboutit à la cécité complète en six mois.

Elle est entrée au Perron en 1893.

Actuellement, les douleurs fulgurantes sont moins intenses qu'autrefois. Plus de crises vésicales. Pas de troubles de la sensibilité.

Signe de Romberg peu accusé, mais la malade ne peut se tenir sur un pied.

Un peu de projection des membres inférieurs dans la marche. Signe de Westphal.

Pas d'incoordination dans les membres inférieurs.

L'ouïe est un peu diminuée du côté droit.

Cécité presque absolue, la malade distingue cependant le jour de la nuit.

Aux yeux, signe d'Argil-Robertson. Pupilles dilatées sans exophtalmie.

Remarque. — Le début des symptômes du tabes est de treize ans après l'infection syphilitique. La marche de la maladie semble avoir été particulièrement lente. Au bout de vingt-trois ans, la malade marche encore passablement. Il est vrai qu'elle est amaurotique.

OBSERVATION XXIV

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic.)

Résumé. — *Syphilis à l'âge de 23 ans non traitée. — Hérédité nerveuse très marquée. — Aliénés dans la famille. — Prédisposition nerveuse manifeste. — Légers excès alcooliques. — Mariée, la malade a eu deux enfants morts en bas âge. — Début du tabes sept ans après la syphilis. — Marche très lente. — Pas d'impotence complète au bout de 30 ans de maladie.*

D..., dégraisseuse, 63 ans. Salle de Gondi, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, nullement nerveux, mort à 69 ans. Alcoolique.

Mère nerveuse, impressionnable, était obligée de s'abstenir de café et a pris du sirop de valériane toute sa vie. Morte à 69 ans d'une attaque qui avait été précédée de plusieurs autres. En 1848, elle eut une frayeur qui provoqua un accès de délire pendant trois mois.

Du coté maternel, la malade a eu une tante qui est aliénée.

Un frère mort en bas âge, deux autres vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans régulièrement. Mariée, la malade a eu deux enfants dont l'un mort immédiatement après sa naissance.

Prédisposition nerveuse. — Jamais d'incontinence d'urine ou de migraine pendant l'enfance, mais la malade a toujours été d'une émotivité exagérée.

Elle devait s'abstenir de la lecture de certains livres et était sujette à des crises de pleurs difficiles à arrêter. En d'autres moments accès d'emportement.

Alcoolisme. Quelques légers excès. Petits verres de liqueur de temps à autre.

— La santée de la malade est restée bonne jusqu'à l'âge de 20 ans, époque de son mariage.

Syphilis. — La malade se marie en 1856, à 20 ans.

Elle a un premier enfant qui meurt au bout de quelques semaines.

A la suite d'une deuxième couche (1859) ses cheveux tombent presque complètement.

Elle ressent de violentes crises de céphalalgie pendant plusieurs nuits et venant très régulièrement. Ces douleurs ont duré plusieurs semaines.

Eruption confluente de boutons sur le corps. Maux de gorge provoquant de la dysphagie. Pas de points de côté. Adénopathie du cou.

Jamais aucune autre affection pendant la vie.

Cependant il est à noter qu'en 1880, elle fit une chute sur la région sacrée et la partie inférieure de la colonne lombaire.

Il existe en cet endroit une saillie brusque et médiane intéressant la face postérieure du sacrum.

Un peu de surmenage corporel, mais surtout beaucoup de chagrins.

Histoire de la maladie. — La malade qui a un peu perdu la mémoire, se souvient mal du début des accidents tabétiques.

Cependant vers l'âge de 30 ans (1866) quelques douleurs fulgurantes dans les jambes. Sensations vertigineuses et vomissements.

En 1876, troubles de la vue caractérisés par une diminution de l'acuité visuelle. Jamais d'achromatopsie pour le rouge et le vert.

Ces troubles oculaires cessent brusquement pour faire place à d'autres phénomènes.

En 1881-82, la malade va consulter le Dr Cordier pour une légère incoordination des membres inférieurs et surtout pour des troubles vésicaux.

Ces troubles consistaient en crises douloureuses, ténesme, et parfois mictions involontaires.

Le Dr Cordier lui conseille d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Admise dans le service du Dr Teissier, on institue le traitement mixte.

Au bout de quatre mois, la malade réellement améliorée, demande à sortir.

Mais, n'ayant pas continué le traitement, son état ne fait qu'empirer.

Elle entre au Perron en 1886.

A ce moment, l'état général est médiocre, pas de crises gastriques, mais grande faiblesse dans tous les membres.

Douleurs en ceinture dans les reins et au niveau des hanches.

Surtout crises uréthralgiques très pénibles, avec intervalles d'incontinence et de rétention.

Douleurs térébrantes dans les membres inférieurs tous les quinze jours ou trois semaines.

Signe de Westphal, de Romberg, légère ataxie, peu d'incoordination.

En 1887, crises rectales douloureuses, troubles psychiques, hallucinations.

En 1898, les troubles mentaux ont en partie disparus.

Aux membres inférieurs, l'ataxie est plus prononcée qu'autrefois. Perte du sens musculaire. Cependant la malade marche encore avec un soutien.

Rien de bien marqué aux membres supérieurs.

Plus de troubles vésicaux, mais constipation très tenace.

Aux yeux les pupilles sont punctiformes et ne réagissent plus ni à la lumière, ni à l'accomodation. L'acuité visuelle et normale.

L'état n'a pas changé actuellement.

Remarque. — Le début de la maladie s'est produit sept ans après les accidents spécifiques ; notons en passant cette coïncidence des troubles vésicaux survenant de suite après une chûte sur la colonne lombaire.

La marche de la maladie a été très lente. En 1886 ont eut lieu les premiers symptômes du tabes, actuellement, 1899, la malade peut à la rigueur marcher et n'est pas aveugle. Soit trente-trois ans.

OBSERVATION XXV

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc.)

Résumé. — *Syphilis à 26 ans. — Mariée, pas de fausses couches, trois enfants, dont l'un meurt trois mois après sa naissance après avoir eu des boutons sur le corps. — Prédisposition nerveuse très marquée. — Pas d'excès. — Début du tabes dix-sept ans après la syphilis. — Marche très lente de l'ataxie.*

B..., dévideuse, 60 ans. Salle Ste-Clotilde, n° 22.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 32 ans d'affection inconnue. La malade était tout enfant.

Mère d'un tempérament nerveux, emporté, violent. Pas de crises cependant. Elle eut, pendant sa vie, trois attaques accompagnées d'hémiplégie. Elle est morte à la troisième attaque.

Pas d'oncles, ni de tantes, ni de cousins atteints d'affections nerveuses.

La mère de la malade, qui s'est mariée deux fois, a eu sept enfants du premier lit, deux du second. Parmi les six frères ou sœurs qui sont du même lit que la malade cinq sont morts, une sœur est bien portante actuellement.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans toujours régulièrement. Mariée à 21 ans. Trois enfants, dont l'un est mort en bas âge.

Prédisposition nerveuse. — Très marquée ; pendant son enfance la malade était timide, ombrageuse. Il suffisait qu'on gronde une de ses sœurs pour qu'elle aille se cacher dans un coin et pleurer. Tremblement émotif pour le moindre reproche. Quelquefois sensation constrictive de la gorge. Jamais de crises.

Alcoolisme. — Pas d'abus.

Jamais aucune maladie pendant l'enfance. Elle se marie en 1860, à 21 ans.

Syphilis. — Dans la première année de son mariage elle accoucha d'un enfant bien portant. Depuis, jamais de fausses couches.

En 1865, elle est opérée par le Dr Ollier pour de l'adénopathie sous-maxillaire consécutive à une dent de sagesse.

En 1866, à 26 ans environ, la malade perd tous ses cheveux, sans cause. Chûte des sourcils également. Le crâne, dit-elle, était devenu blanc comme un caillou. En même temps, maux de tête très violents ayant subsisté pendant plusieurs semaines.

Quelques boutons aux lèvres, mais peu caractéristiques. Pas de points de côté, jamais d'éruptions, jamais de plaques muqueuses. Jamais aucun accident primitif, ni œdème des grandes lèvres.

Quelques maux de gorge, mais sans signification.

En revanche, en 1869, trois ans après ces divers phénomènes elle accouche d'un enfant qui meurt trois mois après sa naissance, de convulsions (?). La sage-femme, au moment de l'accouchement, lui dit que son enfant ne vivrait pas. Il fut atteint d'une éruption de boutons sur tout le corps, qu'on pensa être la petite vérole, mais aucun médecin ne fit jamais de diagnostic précis. Tout ce que sait la malade, c'est que le Dr Bomu prononça peut-être le mot de vérole.

Les suites de cet accouchement nécessitèrent de nombreux lavages vaginaux chez la malade.

En 1880, nouvelle grossesse qui aboutit à l'accouchement d'un enfant bien portant actuellement.

Le mari de la malade, très nerveux, prenait des crises d'épilepsie.

Histoire de la maladie. — Début de la maladie actuelle en 1883, c'est-à-dire dix-sept ans après les accidents syphilitiques. Douleurs fulgurantes dans les jambes et surtout au pied gauche. Ces douleurs ont pris une acuité croissante.

Il y a huit ans, douleurs en ceinture violentes. Sensation de corde serrant le thorax et les reins. En outre, vertige fréquent.

En 1893, sensation vertigineuse à la suite de laquelle elle est obligée de se mettre au lit. Hémiplégie gauche et bouche déviée à gauche. Puis tout rentre dans l'ordre.

En 1898, elle entre au Perron; les douleurs fulgurantes ne surviennent plus que tous les trois mois environ et durent trois ou quatre jours.

Douleurs en ceinture. Sensation d'étouffement.

Aux membres inférieurs réflexes plantaires et rotuliens abolis.

Pas d'incoordination, légère ataxie. La marche est hésitante.

Le signe de Romberg est peu accusé.

Aux membres supérieurs force musculaire conservée.

Réflexes normaux, pas d'incoordination.

Aux yeux, myosis, inégalité pupillaire, pupille gauche plus petite que la droite. Signe d'Argyl-Robertson assez net.

Pas de paralysie oculaire, la vue est bonne.

En 1899, l'état n'a pas sensiblement changé. Ataxie un peu plus accentuée seulement des membres inférieurs.

Remarque. — Relatons ici aussi le début du tabes survenu dix-sept ans après les accidents syphilitiques et l'évolution très lente de la ma'adie.

La malade marche encore sans soutien dix-sept ans après les premiers symptômes du tabes.

La syphilis est douteuse dans les antécédents.

OBSERVATION XXVI

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Eruption boutonneuse, céphalalgie, anémie à 20 ans soignée par le Dr Horand. Ces troubles surviennent de suite après son mariage. — Prédisposition nerveuse marquée. Hystérie dans la famille. — Mariée, la malade n'a jamais eu d'enfant. — Début apparent du tabes à 30 ans. — Evolution lente de la maladie.*

G..., contremaîtresse dans une fabrique, 54 ans. Salle Ferrez n° 7.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, a eu trois attaques. Il est resté paralysé dix-huit ans à la suite de la deuxième attaque et a succombé à la troisième.

Mère excessivement nerveuse, prenait des crises à la moindre contrariété ; perte de connaissance, puis abondante crise de pleurs au réveil. Elle était rhumatisante et avait une maladie de cœur. A 53 ans elle meurt d'une hernie étranglée.

Rien chez les oncles ou tantes.

Le grand-père maternel est mort de la goutte.

Un frère et une sœur morts de tuberculose. Deux frères vivants, l'un obèse, l'autre cardiaque. Une sœur de la malade prenait de véritables crises d'hystérie.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans, ménopause à 50 ans. Mariée, n'a jamais eu d'enfants.

Prédisposition nerveuse. — La malade dit n'être pas impressionnable, ni emportée. Mais elle a eu de l'incontinence d'urine jusqu'à 9 ou 10 ans.

On était obligé de l'appeler la nuit, sans cela elle urinait dans son lit.

Elle n'a jamais eu de migraines, mais pendant une longue période de sa jeunesse elle avait des vomissements très fréquents de nature plutôt nerveuse. Ils se produisaient surtout à la suite de l'absorption des aliments crus, salades, fruits, etc. Elle dit avoir eu souvent une sensation de corps étranger, de boule remontant de l'épigastre au cou.

Alcoolisme. — Pas d'abus.

Diathèse. — Goutte chez les parents et chez la malade.

Dans l'enfance, coqueluche et rougeole. Puis aucune maladie jusqu'à son mariage.

Phénomènes suspects.— Mariée à 20 ans, elle eut, six mois après son mariage, une affection soignée par le Dr Horand; anémie et faiblesse générale, éruption de boutons sur la figure, céphalalgie. En même temps diarrhée et quelques vomissements. L'anémie surtout était très tenace. En revanche, pas d'angine. pas de chûte de cheveux. Elle dit avoir passé des nuits sans dormir à ce moment, mais ne se souvient pas des médicaments qui lui furent ordonnés. Pilules ou boissons antispasmodiques.

La malade ne peut donner aucun renseignement sur l'état pathologique de son mari. Il mourut douze ans après son mariage, d'affection pulmonaire. En tous cas, jamais elle n'a eu d'enfants.

A 22 ans, attaque de goutte avec douleur dans le gros orteil. Enflure, phlyctène, fièvre et douleur surtout nocturne. Chûte des ongles. Les douleurs gagnèrent ensuite la continuité des membres.

Histoire de la maladie. — A 34 ans, en 1879, chûte en montant un escalier et hémiplégie droite consécutive. L'électrisation fait disparaître ces troubles au bout de trois ans.

La malade avait observé que, depuis quelques années, elle avait une faiblesse marquée des jambes, lorsqu'en 1891 elle fait une nouvelle chûte et se casse la rotule du genou droit.

Elle est soignée pendant onze mois à l'hospice de la Croix-Rousse, dans le service du Dr Josserand. A la suite d'un traitement rationnel, elle peut marcher avec des béquilles.

A cause de l'arthrite consécutive du genou, la malade entre au Perron en 1893.

En 1895, brusquement, sans ictus, monoplégie crurale droite qui dure huit jours.

En 1899, actuellement, la malade dit n'avoir jamais ressenti aucune douleur fulgurante. Pas de douleurs en ceinture,

Simples douleurs articulaires et craquements des articulations dans les mouvements. En revanche, aux membres inférieurs, faiblesse très prononcée obligeant le secours des béquilles pour marcher.

Incoordination et signe de Westphal. Le signe de Romberg existe également. Signe d'Argyl-Robertson assez net. Pupilles rétrécies et inégales. Pas d'amblyopie.

Incoordination des membres supérieurs.

La miction est encore normale. Pas de crises viscérales.

Au point de vue de la sensibilité, anesthésie dorsale et latérale des orteils. Anesthésie de la face palmaire des mains. Absence des réflexes palpébraux et pharyngiens.

Remarque. — Nous n'avons pas pu fixer le moment précis des symptômes du début appartenant au tabes, mais notons simplement que l'évolution de l'affection n'a pas encore conduit la malade à l'impotence.

OBSERVATION XXVII

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Adénopathie, boutons aux gencives, soignés par le Dr Cuilleret. — Le mari de la malade était sujet aux éruptions de boutons. — Prédisposition nerveuse manifeste, incontinence d'urine jusqu'à 18 ans. — Pas d'excès. — Mariée à 28 ans, la malade n'a jamais eu d'enfants. — Début du tabes à 35 ans. — Evolution lente.*

V. G..., lingère, 66 ans. Salle Camus de Riverie. Lit n° 40.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans, de vieillesse. La malade ne se souvient pas s'il était nerveux, non selon toute apparence.

Mère morte jeune d'affection inconnue. La malade ne l'a pas connue.

Du coté maternel il existe deux tantes mortes d'attaque.

La malade a eu quatorze frères ou sœurs, cinq sont morts en bas âge, cinq autres plus tard, quatre seulement ont survécu.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans, mariée à 28, elle n'a jamais eu d'enfants. Pas de fausses couches ni de retard dans les règles non plus.

Prédisposition nerveuse. — La malade a toujours été très pleureuse, se faisant facilement du chagrin sans motif. Constrictions de la gorge.

Pas de migraine dans l'enfance, mais incontinence d'urine jusqu'à 18 ans.

Alcoolisme. — Pas d'abus.

Phénomènes suspects. — La malade, mariée à 28 ans, n'a jamais eu d'enfants.

On ne trouve rien de bien précis relatif à un passé syphilitique.

Pas de chûte de cheveux ni de céphalées. Pas d'éruption, pas de maux de gorge, pas de point de côté.

Elle eut vers 1862-65 de l'adénopathie de la nuque qui passa quelques mois après sans traitement.

Plus tard elle consultat le Dr Cuilleret pour des boutons survenus aux gencives légèrement acuminés et blanchâtres au centre. On lui prescrivit des badigeonnages.

Il faut ajouter que le mari était sujet à des éruptions tous les printemps.

Larges plaques rouges survenant au niveau de la ceinture et des aisselles.

Jamais il n'aurait eu de maux de tête, d'alopécie ou de maux de gorge.

Elle dit ne jamais l'avoir vu se traiter. Il est mort à 62 ans de fluxion de poitrine.

La malade n'a jamais eu aucune autre affection pendant sa vie.

Histoire de la maladie. — C'est à l'âge de 35 ans, en 1869 que débutèrent les premiers symptômes du tabes.

Crises de douleurs très espacées dans la cuisse droite. Puis à partir de 47 ans, la vue parue diminuer. Jamais de diplopie.

L'acuité visuelle revint ensuite, mais les douleurs persistèrent.

En 1888, chûte en descendant un escalier et fracture de la cheville qui ne s'accompagne d'aucune douleur. Depuis cette époque, impotence et claudication.

En 1890, elle entre au Perron, se plaignant de difficulté très marquée de la marche.

Sensation de tapis sous les pieds, mais très peu d'incoordination.

Phénomènes hytériques très nets.

Actuellement, les douleurs fulgurantes persistent très intenses.

Pas d'incoordination dans les membres inférieurs.
Signe de Westphal. Signe de Romberg.

Pas d'incoordination des membres supérieurs.

Jamais à aucun moment il n'y a eu de troubles urinaires, pas de pollakiurie ni d'incontinence.

Aux yeux, la vue est conservée, quelques troubles passagers ; myosis bilatéral très marqué, signe d'Argil-Robertson.

La malade a eu un certain temps des troubles gastriques qui ont disparu aujourd'hui.

La marche est presque impossible.

Remarque. — La syphilis n'étant prouvée par aucun fait sérieux, il ne peut être question de marquer un intervalle entre le début du tabes et une infection syphilitique, mais remarquons la lenteur de l'évolution de la maladie ; plus de trente ans pour arriver à une impotence qui n'est même pas complète.

Malades chez qui on ne trouve aucun antécédent syphilitique

OBSERVATION XXVIII

(Hospice du Perron. — Service du Dr Leclerc)

Résumé. — *Aucun antécédent syphilitique apparent. — Prédisposition nerveuse manifeste. — Pas d'excès. — Célibataire, la malade a eu un enfant à 17 ans qui est mort à sa naissance. — Début du tabes à 32 ans.*

B..., domestique, 37 ans. Salle Ste-Anne.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fluxion de poitrine, très vif, très emporté.

Mère très nerveuse et très violente aussi.

Rien d'anormal chez les oncles ou chez les tantes.

La malade, qui est fille unique, ignore si sa mère a eu des fausses couches ou des enfants morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Célibataire. Réglée à 16 ans très régulièrement, elle a eu un enfant mort deux jours après sa naissance.

Prédisposition nerveuse. — La malade ne se croit pas plus émotive que les autres femmes en général, mais pendant son enfance elle avait souvent des crises de pleurs très difficiles à arrêter. En outre, pendant plusieurs années survenaient tous les quinze jours des accès de migraine accompagnés de vomissements.

Ces migraines se produisent encore de temps à autre.

Alcoolisme. — Pas le moindre excès.

— Pendant son enfance, la malade était chlorotique, pâle. A 17 ans, elle est violée de force par un individu, et ce fait déter-

mine chez elle une secousse morale très intense. Elle reste plusieurs jours au lit.

De cette seule entrevue, dit-elle, il résulte une grossesse qui aboutit à l'accouchement d'un enfant mort deux ou trois jours après sa naissance.

On ne retrouve chez la malade aucun antécédent syphilitique quel qu'il soit. Pas d'accident primitif ni d'œdème des grandes lèvres, aucun symptôme de la période secondaire. Interrogée, elle nie absolument la syphilis.

La malade exerçait le métier de domestique.

Histoire de la maladie. — En 1892, à l'âge de 32 ans, douleurs dans la jambe gauche à type nettement fulgurant. Puis les douleurs gagnent la jambe droite et les membres supérieurs.

Bientôt survient de l'incoordination des membres inférieurs qui gêne beaucoup la marche. Il lui devient impossible de faire un pas sans regarder ses pieds.

Il y a trois ans, 1896, douleurs gastriques qui ont passé depuis.

Actuellement, 1899, les douleurs continuent très violentes dans les jambes.

Phénomènes de constriction, de broiement aux genoux.

En outre, sensation de constriction au niveau du thorax.

Anesthésie au niveau des reins, autour du mamelon et dans la zone du cubital.

Au point de vue de la motilité, l'ataxie est très marquée aux membres inférieurs. Incoordination manifeste.

Signe de Westphal, signe de Romberg.

Aux membres inférieurs, incoordination assez marquée.

Aux yeux, jamais de plosis, diplopie passagère qui a disparue aujourd'hui.

Diminution de l'acuité visuelle. Photophobie et signe d'Argyl-Robertson.

Quelques troubles viscéraux, gastralgie, ténesme rectal et constipation assez tenace.

OBSERVATION XXIX

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Pas d'antécédents syphilitiques certains. — Aucune preuve de syphilis héréditaire. — Hypérostose du péroné. — Pas d'excès. — Incontinence d'urine pendant l'enfance. — Célibataire, la malade qui a eu un, ou des amants, n'a jamais eu d'enfant. — Début du tabes difficile à préciser. — Impotence actuellement.*

P..., cigarière, 49 ans. Salle Ponsaimpierre.

Antécédents héréditaires. — Père mort âgé. Il était aveugle depuis déjà longtemps. La malade dit qu'il avait perdu la vue peu à peu, sans qu'aucun trouble extérieur puisse faire juger de son infirmité. Caractère vif, emporté.

Mère morte d'un cancer d'estomac. La malade ne l'a pas connue.

Rien chez les oncles ni les tantes.

Plusieurs frères ou sœurs morts en tout bas âge. Peut-être trois ou quatre dit la malade.

La dernière grossesse de sa mère aboutit à un accouchement prématuré et l'enfant ne vécut pas.

Un frère mort à 47 ans d'une méningite.

La malade était la plus jeune des enfants.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans régulièrement.

Célibataire. Quoique ayant eu un ou des amants, jamais il n'y a eu d'enfants,

Pas de fausses couches non plus.

Prédisposition nerveuse. — Il ne semble pas y avoir de prédisposition nerveuse bien manifeste. Mais jusqu'a 18 ans, la malade a présenté de l'incontinence nocturne d'urine.

Alcoolisme. — Aucun excès.

— La malade ne présente aucun stigmate net de syphilis héréditaire, elle n'a eu ni maux d'yeux, ni surdité, ni mauvaises dents pendant son enfance. Pas de déformation crânienne sensible. Le front n'est pas notablement bombé, pas d'effondrement des os du nez.

Jamais de maladies pendant son enfance.

A 22 ans, survient un trouble de la vue et des douleurs qui peuvent être rattachées soit à son tabes actuel, soit à une autre cause, peut-être un de ces troubles para-syphilitiques décrits par Fournier.

Diplopie, puis douleurs dans les membrea inférieurs qui obligent la malade à rester trois semaines au lit.

Elle avait déjà eu des amants à cette époque.

Mais aucun symptôme spécifique net, ne paraît être survenu en même temps. Pas d'œdéme des grandes lèvres, aucun chancre, non plus que céphalées, alopécies, maux de gorge ou point du côté de la période secondaire. Notons pourtant qu'il existe au niveau du péroné droit, une tuméfaction en fuseau de la grosseur du pouce.

La malade a été cigarière à partir de 27 ans. Elle dit avoir travaillé dans la soierie auparavant.

A l'âge de 39 ans, il y a dix ans, elle s'est fracturé la jambe droite dans la région sus-malléolaire. Il s'est constitué un cal difforme à cet endroit.

Histoire de la maladie. — En mettant à part les douleurs survenues à 22 ans et les troubles oculaires de cette époque, la maladie actuelle a débuté réellement en 1894, il y a six ans, par une certaine difficulté dans la marche et des vertiges. La malade avait 43 ans.

Presque en même temps, troubles de la miction, douleurs cystalgiques et incontinence d'urine.

Puis, en 1895, gênée par la faiblesse des jambes et ses troubles urinaires, elle se met au lit.

En 1898, au mois de décembre, elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Bard. Elle y reste six mois puis entre en 1899 à l'hospice du Perron.

Actuellement on constate :

Une incoordination très marquée des membres inférieurs. La station debout est impossible. Signe de Westphal.

L'incoordination existe aussi aux membres inférieurs.

Le malade a de l'incontinence permanente, s'accompagnant fréquemment de cystalgie. Ces troubles n'ont fait qu'augmenter depuis leur apparition.

En outre, ténesme rectal peu accusé.

Aux yeux, il existe un léger ptosis bilatéral et un peu d'amblyopie.

Signe d'Argyl-Robertson.

OBSERVATION XXX

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Aucune preuve d'antécédents spécifiques. — Pas d'excès.— Jamais de maladies bien graves.— Mariée à 22 ans, la malade a eu un retard de règles et un enfant mort à l'âge de 18 mois. — Début du tabes à 38 ans. — Evolution lente.*

P..., enjoliveuse, 60 ans. Salle Paul-Jouve, n° 23.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 74 ans sans tare nerveuse. Il a toujours eu une bonne santé.

Mère morte à 42 ans de suite de couches. Elle ne paraissait en aucune façon nerveuse.

Rien chez les oncles, tantes ou parents rapprochés.

Cinq frères et cinq sœurs. Trois frères vivent encore. Parmi les autres, l'aîné est mort de fièvre typhoïde à 21 ans. Le deuxième à la suite d'excès de toutes sortes.

Parmi les sœurs, deux sont mortes en tout bas âge en nourrice, peut-être du croup.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Mariée à 22 ans, a eu un enfant mort du croup à 18 mois.

Une seule fois un retard des règles.

Prédisposition nerveuse. — La malade a toujours été d'une impressionnabilité exagérée. Pleurs abondants pour la moindre contrariété. En même temps vivacité assez marquée.

Alcoolisme. — Pas d'excès.

— Pas de maladie d'aucune sorte dans l'enfance. Rien qui puisse faire penser à la syphilis héréditaire.

La malade se marie à 22 ans. Son mari ne semble pas avoir eu aucune tare spécifique, d'après les renseignements qu'elle en donne. Il ne faisait pas d'excès et a succombé à 40 ans à un refroidissement.

Immédiatement après son mariage, fausse couche ou plutôt retard de deux mois.

Puis une grossesse à la suite de laquelle elle accouche d'un enfant bien portant qui n'a jamais eu ni boutons, ni plaques muqueuses à l'anus, ni maux d'yeux. Il meurt du croup à l'âge de 18 mois.

La malade a souffert de crampes d'estomac passagères vers l'âge de 23 ou 24 ans.

Elle consulta à cette époque le Dr Cordier.

Vers l'âge de 35 ans elle a eu un violent point de côté qui a duré au moins deux ans, revenant toujours au même endroit précis. Il passa, dit-elle, à la suite d'un crachement de sang. Elle toussait cependant fort peu.

Jamais elle ne s'était alitée pour ces malaises.

Plus tard, à 45 ans, elle prit une pneumonie pour laquelle elle se fit soigner par le Dr Cordier. Jamais ce dernier ne lui a donné de remèdes spécifiques.

On ne peut rien trouver se rattachant à la syphilis dans son histoire.

Pas de maux d'yeux, ni maux de gorge, ni maux de tête. Pas d'alopécie ni de roséole. Le point de côté qu'elle a eu ne paraît pas avoir de signification probante.

Histoire de la maladie. — En 1877, à l'âge de 38 ans, elle fut prise de douleurs dans les membres inférieurs. Accès très rares mais douleurs fulgurantes nettes.

Six ans après, vertiges suivis de vomissements glaireux survenant cinq ou six heures après les repas. Pas de douleurs gastriques.

A cette époque elle commence à ne plus pouvoir marcher sans regarder ses pieds. Sensation de tapis.

Elle séjourne un an chez le Dr Clément, où elle est traitée par la suspension, puis entre au Perron en 1892.

Actuellement, douleurs fulgurantes affectant des sensations de torsions.

Douleurs en ceinture.

Un peu de retard de la sensibilité. Confusion de la piqûre avec le contact.

Aux membres inférieurs force musculaire conservée, ataxie très marquée.

Signe de Wesphal. Pied bot tabétique. Troubles trophiques des ongles.

Le signe de Romberg existe nettement. La marche est possible avec un soutien.

Aux membres supérieurs, rien d'anormal.

Les troubles urinaires consistent en rareté de la miction et sont peu marqués.

La malade est légèrement sourde.

Du côté des yeux, mouches volantes, acuité visuelle du côté gauche très diminuée.

Myosis. Signe d'Argyl. Jamais de ptosis.

OBSERVATION XXXI

(Hospice du Perron. — Service du Dr Pic)

Résumé. — *Pas d'antécédents syphilitiques, ni héréditaires, ni personnels. — Prédisposition nerveuse très accusée. — Enfant naturelle. — La malade est vierge. — Début du tabes à 37 ans. — Actuellement, impotence absolue.*

L .., tisseuse, 47 ans. Salle Ponsaimpierre.

Antécédents héréditaires. — Le malade est enfant naturelle, née de parents inconnus.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, régulièrement. Célibataire, la malade n'a jamais eu aucun rapport sexuel. L'examen a démontré que la membrane hymen était intacte.

Prédisposition nerveuse. — Très marquée. La malade a toujours été excessivement impressionnable. De 15 à 18 ans surtout, elle peurait au seul son des cloches, à la vue d'un enterrement.

Un morceau de musique triste lui amenait des larmes.

En outre, incontinence nocturne d'urine jusqu'à 15 ans.

Jamais de constrictions de la gorge ou de crises nerveuses.

Excès. — Aucun, quel qu'il soit. Pas d'alcoolisme.

La malade n'a jamais eu d'affections graves. Toute jeune, elle était chétive et anémique, mais jamais elle n'a été sujette aux maux d'yeux ou d'oreilles.

Ses dents ont toujours été bonnes et ne présentent actuellement aucune malformation.

Pas de stigmates de syphilis héréditaires visibles.

Les antécédents spécifiques personnels paraissent aussi totalement absents. Jamais de roséoles ni de céphalées. Pas de point de côté, ni d'alopécie. Pas de croûtes dans les cheveux. Aucun mal de gorge douteux.

Histoire de la maladie. — A l'âge de 37 ans, la malade commence à ressentir des douleurs dans les jambes, douleurs en coup de foudre, caractéristiques. En même temps la faiblesse des jambes est considérable.

Ces troubles devenant de plus en plus intense, elle entre dans le service du Dr Lépine.

A ce moment, l'incoordination est manifeste et la station debout, les yeux fermés est impossible.

Pendant son séjour survient de l'incontinence d'urine et des phénomènes névritiques du côté des membres inférieurs.

La malade entre au Perron en 1898 et actuellement on constate :

Du côté des membres inférieurs, les douleurs n'apparaissent plus que de temps à autre.

Signe de Westphal.

Troubles nombreux de la sensibilité. Perte de la notion du contact et de la piqûre.

Le sens musculaire est complètement aboli, l'incoordination motrice très accusée.

Atrophie très considérable des masses musculaires.

Du côté des membres supérieurs, légère incoordination, pas de douleurs.

Le signe d'Argyl-Robertson n'est pas net, mais il existe une légère paresse de la contraction irienne.

L'impotence est absolue.

En terminant la liste des observations des hommes, nous avons laissé entrevoir la suspicion légitime qui se dégageait souvent de l'histoire antérieure de certains tabétiques soi-disant non syphilitiques.

Il en est de même pour les femmes. Lorsqu'on considère chaque malade isolément, rien dans l'interrogatoire ne nous permet de supposer qu'il y a eu infection syphilitique avant le tabes.

Une femme mariée n'a pas d'enfant. Quoi d'extraordinaire ? On constate tous les jours ce fait chez des femmes qui ne sont pas syphilitiques le moins du monde. Une fausse couche, un retard de règles isolés n'ont aucune signification non plus.

Mais aussitôt qu'on cherche à tirer une impression d'ensemble des tabétiques chez qui la syphilis n'est pas prouvée, on ne peut se défendre d'observer cer-

taines particularités, certaines coïncidences curieuses.

Ainsi, sur neuf femmes, nous en avons six chez qui l'infection spécifique est douteuse, ou paraît complètement absente.

Revenons sur certains détails.

I. — (Obs. XXVI). — G... La malade, mariée à 20 ans, *n'a jamais eu d'enfants.*

Pour une maladie passagère, elle a consulté le Dr Horand (*spécialiste pour maladies vénériennes et cutanées*).

II. — (Obs. XXVII). — V. G... La malade, mariée à 28 ans, *n'a jamais eu d'enfants.*

Pour une affection passagère des gencives, elle a consulté le Dr Cuilleret (*spécialiste pour maladies vénériennes et cutanées*).

III. — (Obs. XXVIII). — P... La malade est célibataire, mais elle a eu des amants. *Jamais d'enfants.*

IV. — (Obs. XXIX). — B... La malade est célibataire. Elle a eu un enfant, mais *il est mort deux jours après sa naissance.*

V. — (Obs. XXX). — P.... La malade, mariée à 22 ans, a eu un retard de règles de deux mois tout de suite après son mariage. Plus tard, un enfant qui meurt à 18 mois du croup.

Pour différentes affections passagères, elle a consulté le Dr Cordier (*spécialiste pour maladies vénériennes et cutanées*).

VI. — (Obs. XXXI). — L... La malade est vierge, mais elle est enfant naturelle, a été abandonnée par ses parents qu'elle n'a jamais connus.

En somme, nous avons là cinq femmes ataxiques qui,mariées ou célibataires, étaient toutes susceptibles d'avoir des enfants. Il n'y en a qu'une seule à qui ce fait naturel soit arrivé.

Encore ne faut-il pas oublier qu'avant d'avoir cet enfant, mort dans la suite à 18 mois, la mère avait eu une fausse couche.

Autre coïncidence. Comment se fait-il que, sur ces cinq malades, nous en trouvons trois qui aient eu recours aux soins des médecins spécialistes?

Le hasard, dira-t-on? Ce hasard ne va pas sans nous inspirer quelque doute, d'autant plus que nous ne le rencontrons pas chez trois autres de nos femmes ataxiques qui ont eu des symptômes très nets de syphilis.

Il y a encore une malade dont nous n'avons pas parlé et celle-ci présente une particularité intéressante : elle est vierge. Dès lors, semble-t-il, aucun soupçon ne peut exister.

M. Möbius a dit quelque part: « Quand on me présentera l'observation d'une femme vierge ataxique, je croirai à l'existence d'un tabes non syphilitique». Notre malade ne peut encore fournir une solution à cette question. Elle est enfant naturelle, abandonnée par des parents qu'elle n'a jamais connus. On pense de suite à la syphilis héréditaire.

L'éminent maître de la Salpêtrière considérait la seule qualité d'enfant naturel comme un brevet d'hérédité nerveuse. On pourrait bien ajouter quelquefois le brevet d'hérédité syphilitique.

Ce sont en effet les femmes célibataires, qui sont le plus intéressées à se débarrasser de leurs enfants, Parmi celles-ci, combien de prostituées? N'est-ce pas elles qui sacrifieront le plus volontiers une progéniture gênante pour l'exercice de leur profession?

Mais, en raisonnant sur des présomptions, on risque de cotoyer l'erreur, contentons-nous donc des résultats bruts obtenus dans nos observations.

Chez les hommes, sur vingt-deux cas, nous avons :

I. — Syphilis certaine	13
II. — Syphilis douteuse ou possible	5
III. — Syphilis absente ou non démontrée . .	4
Total.	22

En ne tenant compte que des syphilis certaines, cela nous fait une proportion de 59 0/0.

Pour être impartial, il nous semble logique de suivre la conduite de Storbeck. Autrement dit nous supposerons la syphilis certaine dans la moitié des cas douteux (catégorie II).

Nous aurons ainsi :

I. — Syphilis certaine	15,5
II. — Syphilis absente ou non démontrée .	6,5
Total	22

Ce qui nous donne une proportion de 71 0/0 de syphilis.

Quant aux femmes tabétiques, nous avons vu que la présence des antécédents spécifiques permettait aussi de les diviser comme il suit :

I. — Syphilis certaine	3
II. — Syphilis douteuse ou possible. . . .	2
III. — Syphilis absente ou non démontrée . .	4
Total	9

En procédant comme précédemment nous avons un nouveau classement.

I. — Syphilis certaine.	4
II. — Syphilis absente ou non démontrée . .	5

Autrement dit dans 44 0/0 des, cas la syphilis existe.

Les résultats que nous venons d'obtenir sont assurément loin d'indiquer une écrasante proportion de syphilis parmi les tabétiques.

Mais si nos chiffres de 71 0/0 et 44 0/0 paraissent faibles à côté des pourcentages obtenus par certains auteurs, il faut songer au milieu dans lequel nous avons pris nos observations. A mesure qu'on descend les degrés de l'échelle sociale, la syphilis apparaît avec moins de fréquence dans les antécédents du tabes. Ce fait ressort nettement de la lecture des différentes statistiques. Ainsi, tous les observateurs qui ont porté leurs recherches dans un milieu social aisé, arrivent

aux chiffres de 80 et 90 0/0 ; tous ceux qui au contraire ont exploré le milieu hospitalier, atteignent à peine 75 0/0.

L'étiologie du tabes différerait-elle suivant les diverses classes ?

C'est bien peu probable, et il est plus rationnel de supposer que si les tabétiques de condition modeste paraissent moins souvent syphilitiques, c'est parce qu'ils ignorent plus fréquemment l'existence de leur syphilis. Nous allons d'ailleurs envisager cette question dans les pages qui suivent.

CHAPITRE III

PRINCIPAUX ARGUMENTS INVOQUÉS POUR ET CONTRE L'ETIOLOGIE SYPHILITIQUE DU TABES

Comparaison et rapprochement entre le nombre de syphilis ignorées chez des sujets atteints d'accidents tertiaires et le nombre des ataxiques paraissant indemnes d'accidents spécifiques.

Il serait trop long de passer en revue tous les argumentsqui ont si souvent été invoqués pour ou contre l'origine syphilitique du tabes. Mais avant de considérer le rôle joué par les syphilis méconnues dans l'étiologie du tabes, il nous paraît indispensable de revoir rapidement les principaux points sur lesquels on a le plus discuté de part et d'autre.

1° Si le tabes est d'origine spécifique pourquoi y a-t-il si peu de syphilitiques qui deviennent ataxiques ?

Ce raisonnement a été souvent réfuté et en réalité il ne mérite de l'être que pour ceux qui connaissent mal cette maladie vénérienne.

Quelques considérations suffiront à montrer qu'il n'y a pas lieu d'en tenir grand compte.

Le tabes, en admettant qu'il soit d'origine spécifique, ne peut évidemment pas être assimilé à un accident tertiaire. La différence dans l'évolution des deux genres de lésions, la résistance qu'offre habituellement le tabes au traitement mercuriel empêchent de comparer cette dernière affection aux accidents tardifs de la syphilis. Mais du moins l'ataxie locomotrice n'a-t-elle aucune raison de se montrer plus souvent que les lésions tertiaires.

Or, la syphilis évolue-t-elle toujours jusqu'au tertiarisme? En aucune façon, c'est l'infime minorité des vérolés, qui présentent des accidents de cet ordre.

Mauriac, dans une communication sur le pronostic de la syphilis disait, au Congrès de Paris en 1889 :

« Sur 100 syphilitiques il y en a 5, 10, 15 ou 20 qui aboutiront au tertiarisme. Pas plus de 20, je ne crois pas, mais pas moins de 5 non plus ».

Par conséquent, d'après Mauriac, au grand maximum 20 syphilitiques sur 100 auront des accidents tertiaires.

Mais il n'est pas juste de comparer le seul tabes à la totalité des accidents tertiaires qui peuvent affecter soit la peau, soit les muqueuses, soit le système osseux.

Voyons dans quelle proportion se produisent les accidents tertiaires d'ordre nerveux.

Fournier, au Congrès de Paris, 1889, trouve que sur un total de 3.429 cas de syphilis tertiaires le système nerveux a été atteint dans 1.085 cas, c'est-à-dire dans un tiers des cas.

Ainsi, en supposant même que tous les accidents tertiaires qui atteignent le système nerveux se traduisent par du tabes, il n'y aurait que 6 ou 7 0/0 de sujets syphilitiques, candidats à l'ataxie.

Passons à une autre objection.

2° Si on a tant parlé de l'origine syphilitique du tabes, c'est qu'on a prêté une attention plus marquée aux antécédents spécifiques dans cette affection. En procédant aux mêmes recherches chez d'autres malades, rien ne prouve qu'on n'arriverait pas à trouver la syphilis dans les mêmes proportions.

Pour répondre à cet argument, quelques auteurs ont aussitôt fait une contre-enquête.

En 1891, Erb relate les résultats d'une statistique portant sur 5.500 malades du sexe masculin. Tous sont traités pour des maladies diverses autres que le tabes dorsalis.

Voici ce qu'il trouve :

La proportion des sujets qui ont eu la syphilis est de . . . . . 22 0/0.

La proportion de ceux qui n'ont jamais eu aucun accident spécifique est de . . . . . 77 0/0.

En somme, chez des hommes non tabétiques, l'auteur n'a constaté la syphilis que dans un cinquième des cas.

En 1898, E. Kuhsn étudie l'histoire des malades atteints d'affections nerveuses hospitalisés à la Charité de Berlin. Tous les sujets appartiennent à la classe ouvrière peu aisée.

La statistique porte sur 214 tabétiques (136 hommes et 78 femmes) et d'autre part sur 600 non tabétiques (400 hommes et 200 femmes).

Chez les hommes atteints de tabes il y a eu des antécédents syphilitiques certains dans. . 38 0/0.

Chez ceux atteints d'une autre affection nerveuse il y a des antécédents syphilitiques certains dans 7,25 0/0.

C'est toujours le même résultat obtenu par Erb.

Les ataxiques ont cinq fois plus souvent la syphilis que les autres malades.

Chez les femmes atteintes du tabes il y a eu des accidents spécifiques dans . . . . . 35,9 0/0.

Chez les femmes atteintes d'une autre affection nerveuse il y a des antécédents spécifiques avérés dans . . . . . 6,5 0/0.

La proportion est encore sensiblement la même que pour les hommes.

3° On ne retrouve pas dans l'ataxie locomotrice le cachet caractéristique qui distinguent les lésions d'origine spécifique. D'autre part le traitement hydrargyrique ou ioduré est la plupart du temps impuissant dans l'ataxie.

— Nous ne pouvons entrer dans le détail d'une discussion d'ordre anatomo-pathologique. Contentons-nous de rappeler encore une fois l'explication du professeur Fournier:

« Le tabes n'est pas une affection dépendant directement de la syphilis, mais une affection *parasyphilitique.* »

C'est-à-dire que le tabes évolue parallèlement à la syphilis, au même titre que les taches pigmentaires de la période secondaire.

Quant au traitement, s'il est souventimpuissant dans l'ataxie confirmée, il est loin d'en être de même dans la période præ-ataxique. Nous envisagerons d'ailleurs cette question séparément.

Enfin signalons l'explication donnée plus récemment pour justifier l'inefficacité fréquente du mercure.

Elle est empruntée aux doctrines microbiennes.

Dans la syphilis, comme dans toute maladie infectieuse comme dans la diphtérie, comme dans le tétanos il faut distinguer la *toxine* et le *microbe*.

Le traitement arrive facilement à bout *des microbes*, il ne peut presque jamais rien contre *la toxine*. Si les lésions du tabes ne guérissent pas avec le mercure, c'est que ces lésions sont produites par la toxine syphilitique.

4° Une preuve que la syphilis n'est pas la cause unique du tabes, c'est que Tuczeck a décrit en 1882 des lésions analogues à celle de l'ataxie survenue dans les cordons et racines postérieurs, à la suite de l'empoisonnement par l'ergot de seigle.

C'est encore ici une question d'ordre anatomo-pathologique où nous nous abstiendrons d'entrer.

Pierre Marie et bien d'autres ont soutenus que les parties ainsi atteintes dans la moëlle épinière n'étaient pas exactement celles où se localisent les lésions scléreuses du tabes; mentionnons seulement leur avis.

5° Il n'est pas possible de croire à la seule étiologie syphilitique du tabes, puisque quelques cas ont été publiés où les symptômes de la maladie nerveuse avaient précédé l'infection vénérienne.

A cette objection on peut opposer plusieurs arguments.

D'abord tous les partisans de l'étiologie spécifique du tabes ne croient pas que la syphilis puisse en être l'unique cause.

Si Möbius, Erb, sont absolument catégoriques, si Pierre Marie ne fait que des restrictions insignifiantes, il faut songer que le professeur Fournier n'a jamais admis qu'en dehors de la syphilis il n'y avait pas de tabes.

L'objection ne peut donc s'adresser qu'aux partisans d'un tabes d'origine syphilitique *sine qua non.*

Pour nous, parmi les observations que nous avons parcourues dans les ouvrages relatifs au tabes et à la syphilis, aucun des cas cités comme exemples de tabétiques ayant contracté la vérole n'est véritablement probant.

Lagoudaky publie une observation venant de la Salpêtrière.

Bereni en cite deux autres provenant de la clinique du professeur Pitres. Dans tous les cas ce ne sont que des signes isolés, un ensemble incomplet de symptômes qui peuvent tout au plus faire soupçonner le tabes.

Jamais il n'y a d'incoordination vraie, ni d'ataxie caractéristique.

Enfin il est un autre cas dont on a quelquefois parlé. C'est celui de Leloir, publié par cet auteur au congrès de dermatologie de Paris, 1889.

Eh bien, dans cette dernière observation, rien n'est moins prouvé que l'hypothèse du tabes. Le jeune homme dont il s'agit était soi-disant tabétique depuis l'âge de 20 ans. Or on ne jugea pas nécessaire de le réformer lors de son service militaire et il accomplit sa période de trois ans comme si de rien n'était. Ce n'est qu'à son retour du service qu'il prit un chancre et qu'un véritable tabes commença à évoluer.

En réalité si on voulait trancher franchement ces discussions, il faudrait avoir recours aux mêmes expériences que celles dont Kraft-Ebing a publié le résultat au congrès de Moscou (1897).

Qu'il nous suffise de rappeler qu'à propos de la paralysie générale, Kraft-Ebing a rapporté le fait suivant :

Neuf paralytiques généraux chez qui l'interrogatoire le plus minutieux n'avait pu faire découvrir dans l'anamnèse aucun antécédent spécifique furent inoculés sans succès par un auteur dont Kraft-Ebing a caché le nom.

Un seul de ces malades prit un abcès au lieu d'inoculation, abcès d'origine septique, sans aucun rapport avec la syphilis. Les neuf sujets furent examinés pendant six mois consécutifs et ne présentèrent jamais aucun accident, ni primitif, ni secondaire.

Il va sans dire que personne ne s'est jamais risqué à répéter la même expérience chez un ataxique.

Admettons d'ailleurs qu'on arrive à déterminer un chancre chez de tels sujets, il faudrait nécessairement faire des réserves. Les cas de réinfection de la syphilis ne sont pas très rares et un fait de ce genre pourrait fort bien se produire chez un ancien tabétique ou paralytique général.

Maintenant voyons quels puissants arguments peuvent opposer les partisans de la doctrine syphilitique du tabes.

1° *Très grande rareté du tabes dans le clergé.* — On sait que le clergé est si rarement affecté d'ataxie que, parmi toutes les statistiques faite, il en existe à peine deux ou trois cas. Tous ces cas ont d'ailleurs été constatés chez des prêtres syphilitiques.

Rappelons aussi, à propos de l'influence des professions, la dernière statistique du professeur Erb (1896). Sur deux cents cas de tabes observés dans la clientèle privée, il y avait trente-trois officiers dont trente au moins étaient sûrement syphilitiques, et deux théologiens.

Il nous semble inutile d'ajouter que si l'hérédité nerveuse n'a aucune raison pour être moins fréquente dans le clergé que dans les autres métiers, il en est tout autrement pour la syphilis.

2° *Fréquence croissante des antécédents syphilitiques à mesure qu'on considère des sujets appartenant à une classe plus élevée.* — Plus on monte les degrés de l'échelle sociale, plus on trouve une proportion considérable de tabes d'origine syphilitique. Les personnes de la classe aisée s'observent en effet mieux, elles

s'inquiètent des moindres troubles de leur santé : il y a donc bien peu de chances pour que l'infection syphilitique passe inaperçue chez elles.

Contentons-nous de citer deux statistiques comparatives faites par le même auteur.

Erb, en 1891, dans des recherches portant sur 350 cas de tabes constate que :

Les ataxiques de la clientèle privée ont eu la syphilis dans 89 0/0 des cas.

Les ataxiques de l'hôpital ont eu la syphilis dans 76 0/0 des cas.

Dans cette dernière enquête la syphilis n'était absolument avérée que dans 52 0/0 des cas.

Tous les auteurs dont les recherches ont été faites dans le milieu hospitalier arrivent rarement à trouver des antécédents certains dans plus de 60 0/0 des cas.

Pour ne parler que des dernières statistiques, Storbeck, Lagoudaky et Kuhsn n'atteignent pas ce chiffre. Nous-mêmes ne pouvons affirmer une étiologie syphilitique sûre que dans 59 0/0 des cas.

Quand on découvre l'infection spécifique dans les antécédents de ces sujets c'est que la maladie a été d'une certaine gravité, sans cela ils ne s'en préoccupent pas. Beaucoup n'ont jamais consulté un médecin et pour notre compte citons le fait curieux d'un de nos malades (Obs. XII) qui n'a connu l'existence de sa syphilis que dix ans après l'infection.

Cela nous conduit à étudier un troisième argument qui montre toute l'importance qu'il faut ajouter aux syphilis ignorées.

3° *Le nombre des individus atteints d'accidents tertiaires chez qui la syphilis est ignorée est à peu près le même que le nombre des tabétiques chez qui on ne trouve aucun antécédent spécifique.* — Il peut paraître étonnant qu'une affection comme la syphilis, dont les suites sont si graves, puisse passer inaperçue. Mais songeons que nous avons à faire ici à des accidents souvent indolores.

Lorsqu'on ne souffre pas, on attache une importance bien médiocre au syphilôme primitif, si souvent traité de furoncle ou de bouton insignifiant. Combien de gens confondent encore échauffement avec chancre du méat !

Quant à la période secondaire, est-il beaucoup de personnes susceptibles de s'apercevoir d'une roséole ? Ce symptôme demande déjà une certaine attention pour être reconnu.

Puis si petite qu'elle soit, il faut faire la part des syphilis extra-génitales. L'infection a dans ce cas bien des chances pour rester ignorée. Nous pouvons citer les chiffres de quelques auteurs qui indiquent que ce dernier facteur n'est pas négligeable.

Rudof Krefting, dans une statistique faite à Christiania et portant sur 2.916 cas réunis en vingt ans de pratique, trouve la syphilis extra-génitale 539 fois, soit dans 18 0/0.

Münchleiner, de Breslau, trouve la syphilis contractée par voie extra-génitale dans 7 0/0 des cas.

Bloch, faisant la même étude à l'Université de Prague, arrive au chiffre de 4 0/0.

Soit une moyenne de 9 0/0 de syphilis extra-génitale.

Enfin, il reste encore la syphilis conceptionnelle, les cas où le chancre manque. Tous ces petits effets ajoutés entre eux donnent vite l'explication des syphilis méconnues, et nous ne parlons pas des malades qui nient volontairement l'infection.

Comparons maintenant le nombre des sujets atteints d'accidents tertiaires et ignorant leur syphilis à celui des ataxiques apparemment indemnes d'accidents spécifiques.

Pour nous tenir à l'abri de toute erreur, nous prendrons toujours nos chiffres de comparaison dans le milieu hospitalier. En second lieu, quoique notre statistique ne porte que sur un nombre de cas restreints nous jugerons avec les résultats que nous avons obtenus.

HOMMES		FEMMES	
I. Syphilis certaine.	59 %	I. Syphilis certaine.	33 %
II. Syphilis douteuse	23 %	II. Syphilis douteuse	22 %
III. Syphilis absente.	18 %	III. Syphilis absente.	44 %

Nous ne connaissons guère que trois études consciencieusement faites sur les syphilis ignorées. Ce sont : la thèse du Dr Jumon (1880), l'article publié en 1898 par M. Viannay dans *les Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, enfin une petite statistique publiée par Fournier dans son livre des affections *parasyphilitiques*.

Jumon a dirigé ses recherches à la fois chez les hommes et chez les femmes. Il ne s'est pas occupé des antécédents syphilitiques douteux. D'un côté, l'auteur

a groupé tous les malades ayant eu une syphilis absolument ignorée ; de l'autre, tous ceux qui, précédemment, avaient eu des accidents d'ordre spécifique.

Cette étude, qui ne concerne bien entendu que des malades hospitalisés pour accidents tertiaires typiques, a été faite sur 100 hommes et 64 femmes.

Voici les résultats auxquels Jumon arrive :

Les antécédents spécifiques font complètement défaut :

Chez les hommes, 17 fois sur 100 cas, soit. 17 0/0.
Chez les femmes, 37 fois sur 64, soit . . 57 0/0.

Si l'on veut bien jeter un coup d'œil sur les chiffres correspondants de notre statistique, on trouve que les résultats sont presque identiques pour les hommes et que les femmes atteintes d'accidents tertiaires nient, ignorent plus souvent leur syphilis, que les femmes tabétiques.

M. Viannay, interne des hôpitaux de Lyon, a également fait des recherches sur la proportion des syphilis ignorées chez la femme. Cette étude, entreprise dans le service du Dr Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille, porte sur 100 observations personnelles de lésions tertiaires manifestes qui ont disparues sous l'influence du traitement spécifique.

L'auteur arrive aux proportions suivantes :

I. — Chez 32 femmes il y a des antécédents spécifiques certains, soit . . . . . 32 0/0.

II. — Chez 24 autres il y a des symptômes douteux (fausses-couches répétées, enfants morts en bas âge,

céphalées sans cause, parfois un peu d'alopécie, etc., soit . . . . . 24 0/0.

III. — Enfin, 44 de ces malades ont un passé indemne de tout accident spécifique, soit . . . . . 44 0/0.

Rapprochons les résultats de notre enquête.

Sur 9 femmes :

I. —La syphilis est certaine dans 3 cas, soit. 33 0/0.

II. — Les accidents spécifiques sont douteux dans 2 cas, soit . . . . . 22 0/0.

III.—La syphilis est absente dans 4 cas, soit 44 0/0.

Ici les chiffres sont tellement semblables qu'on pourrait croire qu'ils ont été préparés à dessein.

Or notre statistique était faite et nos observations prises quand nous avons consulté l'étude de Viannay.

D'ailleurs, pour montrer que cette identité dans les résultats n'existe pas uniquement pour nous, prenons la plus importante et la dernière des statistiques faites sur l'étiologie du tabes chez la femme. C'est l'enquête de Kron (1898), portant sur 41 cas.

L'auteur a trouvé :

(I et II). Syphilis certaines et douteuses, 23 cas, soit . . . . . 56 0/0.

(III). Syphilis absentes, 18 cas, soit . . . 44 0/0.

Les chiffres ont encore l'air copiés sur ceux de Viannay, sur nos résultats et sur ceux de Jumon.

Enfin, pour réunir le plus de documents possibles, rappelons l'enquête faite par Fournier sur les syphilis ignorées, et publiée dans les affections *parasyphilitiques*.

Sur trente-six observations relatives à des gommes du palais, l'éminent professeur a trouvé quinze hommes et vingt-une femmes.

Chez les hommes, il existe des antécédents syphilitiques certains dans 11 cas, soit . . . . 73 0/0.

Chez les femmes il existe des antécédents syphilitiques certains dans 9 cas, soit . . . . . 43 0/0.

Contentons-nous de rappeler les résultats que nous avions admis comme vraisemblables dans notre statistique :

Chez les hommes, syphilis certaine ou très présumable : 71 0/0.

Chez les femmes, syphilis certaine ou très présumable : 44 0/0.

Que dire d'une pareille identité entre les chiffres correspondants de ces diverses statistiques ? La réponse semble s'imposer d'elle-même. Du moment que les antécédents spécifiques ne manquent pas plus souvent chez les tabétiques que chez les syphilitiques absolument avérés, le tabes d'origine non spécifique ne peut être qu'une très rare exception.

Mais nous avons encore à examiner les rapports de la syphilis et du tabes à deux autres points de vue forts intéressants.

C'est le tabes considéré chez la femme et chez les enfants et adolescents.

CHAPITRE IV

LE TABES CONSIDÉRÉ CHEZ LA FEMME ET CHEZ LES ENFANTS

Fréquence du tabes chez la femme. — Le tabes chez les prostituées. — L'étiologie syphilitique dans les principaux cas de tabes juvéniles connus.

S'il est un fait que tous les auteurs se sont plu à reconnaître, c'est la rareté relative du tabes chez la femme. Parcourez les divers ouvrages, interrogez les diverses statistiques, partout le sexe féminin semble ne payer qu'un tribut très restreint à l'ataxie locomotrice. Les cliniciens admettent en général que pour une seule femme on trouve dix hommes ataxiques.

Certaines statistiques donnent encore une proportion de femmes bien plus faible.

Erb, dans ses recherches portant sur 379 cas, ne réunit que 19 observations de tabes féminin.

Sur 112 cas, le professeur Fournier ne cite aussi que 4 observations.

Berger, sur 187 cas, signale 145 hommes et 42 femmes.

C'est là une des proportions les plus élevées.

Il semblerait donc que le tabes est une maladie qui n'appartient pas au sexe féminin. En réalité, pour se

faire une idée précise sur ce sujet, il est nécessaire d'observer séparément la classe modeste et la classe riche de la société.

Dans la haute classe, cette affection est pour ainsi dire une exception chez la femme. Ainsi s'expliquent les faibles pourcentages obtenus par Fournier et par Erb, qui tous les deux avaient édifié leurs statistiques presque entièrement dans la clientèle privée.

Mais qu'on envisage le tabes chez la femme du peuple ; il est presque aussi communément observé que chez l'homme.

Cette particularité demande alors une explication.

La prédisposition nerveuse est-elle beaucoup plus marquée chez la femme du peuple que chez la femme du monde ? Apparemment non, l'hystérie, la neurasthénie s'observent à tous les échelons de la société.

Le surmenage, les excès, l'alcoolisme, doivent-ils entrer en compte ? Peut-être, mais leur action paraît en tous cas bien restreinte. Remarquons le peu de place que tiennent ces causes dans nos observations de tabes féminins.

On a parlé de l'ataxie provoquée par l'abus de la machine à coudre. Nous n'avons trouvé aucune de nos malades qui ait fait usage de cet instrument.

Kron, dans sa statistique ayant trait à 41 cas de tabes féminins, note sept fois un abus relatif de la machine à coudre et dans quatre cas les malades avaient eu la syphilis.

Il faut donc découvrir une autre raison de la fréquence du tabes chez les femmes du peuple.

Or, considérons ce qui se passe pour la syphilis.

Cette maladie est-elle commune dans la haute société ?

Chez les hommes de la classe aisée, la syphilis est presque aussi fréquente que chez ceux de la classe modeste. Les femmes d'un certain rang social, au contraire, ne sont que très rarement infectées. Si elles subissent la contamination ce n'est guère qu'après l'époque de leur mariage et, dans le plus grand nombre de cas, le mari seul est coupable du délit.

Dans les milieux instruits, l'homme connaît presque toujours le danger qu'il porte avec lui. Il évite donc de se marier tant qu'il est contagieux, et s'il est déjà en ménage il s'abstient d'avoir des rapports conjugaux. On conçoit alors combien la femme a peu de chances de contracter la syphilis.

Dans la classe pauvre, le mari ne fait pas tant de façons. D'ailleurs, doit-on lui en tenir rigueur puisqu'il ignore la plupart du temps les fâcheuses conséquences de sa maladie ? Puis il faut ajouter les contacts de tout instant, l'emploi du même verre, de la même fourchette ou de la même cuillère, qui sont autant de causes de contamination dans un ménage modeste.

Enfin, songeons qu'ici les femmes célibataires sont beaucoup plus sujettes à caution que dans la classe riche.

Puisque la syphilis est relativement commune chez les femmes du peuple, il devient intéressant de savoir si le tabes s'observe également avec plus de fréquence.

C'est encore la statistique qui va nous répondre.

Nous avons fait porter nos recherches sur les deux hôpitaux du Rhône qui reçoivent des incurables.

C'est en effet seulement là, où il est possible de se rendre compte du nombre comparatif des tabétiques hommes et femmes.

Dans les hôpitaux de passage, le nombre des ataxiques est sujet à de fréquentes variations.

Il nous a donc semblé plus logique de ne pas tenir compte des malades qui pourraient s'y trouver.

HOSPICE DU PERRON

(Enquête personnelle)

HOMMES	FEMMES
Nombre des malades hospitalisés pour affections diverses. 162	Nombre des malades hospitalisés pour affections diverses. 225

TABÉTIQUES

12 HOMMES (Voir nos observations.)	9 FEMMES (Voir nos observations.)

HOSPICE D'ALBIGNY

(Enquête due à l'obligeance de notre ami M. Lhoste, interne de service.)

HOMMES	FEMMES
Nombre des malades hospitallsés pour affections diverses. 433	Nombre des malades hospitalisés pour affections diverses. 277

TABÉTIQUES

8 HOMMES	5 FEMMES
1. P., Joseph, 53 ans.	1. P., Marguerite, 50 ans.
2. D., Jacques, 50 ans.	2. L., Antoinette, 53.
3. B., M.-Baptiste, 57 ans.	3. M., M.-Antoinette, 58 ans.
4. D., René, 69 ans.	4. M., Marie, 58 ans.
5. D., Jean, 55 ans.	5. B., Félicie, 50.
6. A., Louis, 47 ans.	
7. F., Michel, 70 ans.	
8. X., 63 ans.	

Maintenant faisons le total de tous les malades observés et de tous nos cas d'ataxies.

Nombre des malades hospitalisés pour maladies diverses

	Hommes	Femmes
Hospice du Perron :	162	225
Hospice d'Albigny :	433	277
Total :	595	502

Tabétiques

	Hommes	Femmes
Hospice du Perron :	12	9
Hospice d'Albigny :	8	5
Total :	20	14

Si, grâce à ces chiffres nous cherchons la proportion des tabétiques dans chacun des deux sexes,

nous trouvons que sur cent hommes hospitalisés, l'ataxie s'est présentée dans 3,36 0/0.

Sur cent femmes hospitalisées, l'ataxie s'est présentée dans 2,78 0/0.

Autrement dit, dans la classe modeste on peut considérer d'après nos recherches que lorque le tabes atteint environ 33 hommes, on trouve la même affection chez 27 femmes.

On voit combien ces chiffres diffèrent peu, et comme nous sommes loin de la disproportion qui existe pour les deux sexes dans la classe riche.

C'est que parmi les femmes de la basse classe se trouve aussi compris tout le clan des anciennes prostituées. Celles-ci une fois leurs charmes flétris et leur jeunesse disparue, retombent dans les rangs de la société. Les unes prennent un métier pour vivre. D'autres se marient. Toutes enfin, dissimulent plus ou moins la période peu honorable de leur vie passée.

Interrogez après cela une femme sur ses antécédents ? Elle vous avouera son métier actuel, mais se gardera bien de dire quelle était son ancienne profession.

Ainsi s'explique la prétendue rareté du tabes chez les prostituées. Pour montrer d'ailleurs que cette affection est loin d'épargner la catégorie féminine qui nous occupe, rappelons l'intéressante étude que publiait récemment un médecin allemand dont nous avons déjà cité le nom, Kron.

Avant de donner le résultat de ses recherches, cet auteur qui a observé 184 filles publiques, fait remar-

quer judicieusement que le nombre des prostituées décroît considérablement après 25 ou 30 ans. Or, le tabes ne se présente qu'exceptionnellement chez les gens âgés de moins de 25 ans.

On n'aura donc les chances de trouver des prostituées tabétiques que parmi celles qui ont dépassé cet âge.

Kron, sur les 184 femmes observées, en trouve 36 ayant plus de 25 ans et, sur ces 36, il y en a 5 qui sont ataxiques.

C'est-à-dire une proportion de 14 0/0.

Si l'on en croit l'auteur, ce chiffre de 14 0/0 est même au-dessous de la vérité, car chez 10 de ces prostituées, la syphilis n'est nullement prouvée.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que si sur 100 filles publiques il y en a 14 qui deviennent tabétiques, c'est déjà une proportion respectable et c'est une réponse directe aux auteurs qui ont prétendu que le tabes est rare chez les femmes de cette catégorie.

Mais à côté de l'ataxie locomotrice étudiée chez la femme, il n'est pas sans intérêt de connaître quelle est la part de la syphilis dans l'étiologie du tabes survenant chez les enfants ou les jeunes gens.

Depuis la description de la maladie Friedreich, le nombre des cas de tabes juvéniles s'est restreint considérablement et c'est à peine si les divers auteurs qui se sont occupés de ces cas en ont réuni une dizaine.

Nous ne citerons ces quelques cas qu'à titre de détail intéressant, ayant place dans une revue générale sur les rapports de la syphilis et du tabes.

D'autres auteurs avaient déjà fait cette recherche soit au point de vue de l'étiologie syphilitique, soit dans un autre but.

Hildebrandt, en Allemagne, en a donné la première publication ; le professeur Raymond, en France, a étudié le tabes juvénile dans ses leçons cliniques. Ingelrans en a étudié trois ou quatre cas.

Quelques nouvelles observations publiées plus récemment, nous ont permis de compléter la liste d'Hildebrandt.

Tous les cas qui suivent ont trait à des sujets âgés de moins de 25 ans.

I

Nom des auteurs qui ont observé le tabes

Remack (1885). — Une fillette de 9 ans. — *Les parents étaient tous deux syphilitiques.*

II

Remack (1885).— Un jeune garçon de 16 ans. — *Le père était syphilitique. La mère avait eu plusieurs avortements.*

III

Remack (1885). — Un jeune garçon de 14 ans. — *Les parents niaient la syphilis, mais tous les symptômes du tabes disparurent presque chez le malade sous l'influence d'un traitement spécifique mixte.*

IV

Fournier (1885). — Un jeune homme de 20 ans. — *Le malade fut reconnu hérédo-syphilitique à la fois par Fournier et par Parrot, en raison des nombreux stigmates d'hérédo-syphilis qu'il portait.*

V

Strumpell (1888). — Une fillette de 13 ans à la fois tabétique et paralytique générale. — *Le père était syphilitique et les accidents secondaires avaient précédé de quelques mois la naissance de l'enfant.*

VI

Mendel (1888). — Jeune homme de 21 ans. — *L'auteur cite la présence de nombreux stigmates de syphilis héréditaire.*

VII

Erb (1891). — Un jeune homme de 22 ans. — *Le malade avait contracté la syphilis à 19 ans 1/2.*

VIII

Elliot Square (1891). — Une petite fille de 9 ans. — *Les parents étaient syphilitiques*

IX

Norman Moor (1896). — Jeune fille de 16 ans. — *La syphilis héréditaire était certaine.*

X

Thomas Wilson (1896). — Jeune femme de 26 ans, mariée. Les douleurs fulgurantes seraient apparue à l'âge de 16 ans. La malade a eu cinq enfants bien portants et une fausse couche. — *La syphilis n'a pas été découverte dans les antécédents.*

XI

Barthélemy (1897). — Jeune fille de 19 ans. — *La malade portait des stigmates typiques de syphilis héréditaire.*

Ainsi, sur onze observations, il n'existe qu'un seul cas (obs. X) où des antécédents syphilitiques paraissent manquer.

Toutes les observations que nous venons de donner sont celles où l'étiologie avait été notée. Il en est trois autres que l'on n'a pas cru devoir mentionner dans cette liste car les auteurs n'ont pas cherché dans les antécédents la présence ou l'absence de la syphilis. Nous ne les citerons donc ici que pour ne pas faire d'omission.

Une observation de Leyden (1863). Garçon de 14 ans. La syphilis n'a pas été recherchée pour une raison bien simple, c'est que l'étiologie syphilitique ne préoccupait pas encore les auteurs en 1863.

Deux observations publiées par Berbez dans le *Progrès médical* (1887) où il n'est parlé de la syphilis et de l'hérédité syphilitique en aucune façon ; l'auteur n'a pas considéré ce point.

En ne considérant alors que les onze premières observations, que conclure d'une pareille fréquence de la syphilis dans les antécédents des tabétiques jeunes ? On ne peut invoquer chez ces sujets ni l'alcoolisme, ni les excès, ni les intoxications.

Il ne reste donc que deux causes possibles, l'hérédité nerveuse ou la syphilis. Il nous serait impossible de ne pas conclure à l'influence prépondérante de cette dernière qui entre pour une proportion de 90 0/0 dans les observations citées.

CHAPITRE V

SYPHILIS GRAVES OU LÉGÈRES. — INFLUENCES DE L'AGE. — SYPHILIS TRAITÉES OU NON TRAITÉES.

Nous aurions voulu étudier dans nos observations quel avait était le rôle des syphilis graves ou légères sur l'apparition du tabes, mais cette recherche nous a paru offrir de nombreuses difficultés.

Comment qualifier en effet une affection qu'on n'a pas vue, dont on ne possède des renseignements que par le malade. La syphilis a-t-elle été bénigne ; a-t-elle été sévère ? Seul le médecin traitant eut été capable de le dire.

Ces difficultés augmentent encore lorsque les malades auquels on s'adresse n'ont pas reçu une instruction susceptible de guider et d'asseoir votre jugement. La division que nous pourrions faire entre syphilis graves et légères ne serait donc que très approximative.

Depuis longtemps déjà, le professeur Fournier a dit que les syphilis bénignes, et par suite non traitées, étaient beaucoup plus souvent suivies du tabes que les syphilis graves.

En considérant tous nos tabétiques comme d'anciens syphilitiques, les infections légères tiendraient assurément la place prépondérante. En effet, parmi les malades notoirement syphilitique, les accidents

bénins, les symptômes peu accusés se rencontrent dans la majorité des cas. Quant aux sujets dont la syphilis a passée inaperçue, ils ne peuvent avoir eu que des manifestations très fugaces et très peu marquées.

Mais doit-on conclure de la qualité de tel ou tel virus, qu'il est susceptible ou non de provoquer le tabes ? Non, ici comme dans toute infection, il faut tenir grand compte de la réaction individuelle de l'organisme. Mauriac, parlant du pronostic de la syphilis disait : « Notre vue est encore trop courte, trop peu pénétrante, pour comprendre comment des chancres énormes ne donnent lieu qu'à de simples roséoles discrètes, tandis que des chancres en apparence bénins donnent lieu à des syphilis papuleuses confluentes. »

Il en est de même pour les accidents tertiaires qui apparaissent si souvent chez des gens qui ont ignoré leur syphilis.

Pour notre compte, remarquons que parmi nos tabétiques, deux seulement (obs. XIV et XVI) accusent des lésions cutanées qui, peut-être, ont été des accidents tertiaires. Chez tous deux, ces lésions qu'ils qualifient d'eczéma, n'ont été précédées d'aucun symptôme, permettant d'affirmer la syphilis.

La seule malformation osseuse que nous ayons trouvée, existe chez une femme où les antécédents spécifiques manquent aussi complètement. Avons-nous à faire ici à de l'hyperostose syphilitique ou à une conséquence des arthropathies tabétique ? Il nous paraît bien difficile d'en faire un diagnostic précis.

Pour ce qui est de l'intervalle séparant le début du tabes de l'infection spécifique, l'influence des syphilis graves ou légères nous paraît également assez difficile à préciser.

L'action plus nocive d'une syphilis plus sévère satisferait évidemment mieux l'esprit. Dans l'un de nos cas, ce fait ne paraît pas douteux (obs. I). Mais comme nous l'avons dit précédemment, à côté de la puissance toxique du virus il faut placer les conditions de réceptivité individuelle, le rôle de l'alcoolisme, de la prédisposition nerveuse, de l'âge enfin, toutes causes dont la présence a une influence très marquée sur l'apparition plus ou moins rapide des accidents tabétiques.

Ainsi prenons quelques-unes de nos observations où les symptômes accusés ont paru indiquer une syphilis grave.

Dans l'obs. I, le tabes débute *deux ans et demi* après le chancre. L'impotence est complète un an après les premiers symptômes du tabes. Voici donc une marche très rapide.

Mais d'autres renseignements nous apprennent que le malade avait 40 ans lorsqu'il a contracté son chancre, qu'il était très alcoolique, très noceur, et que sa prédisposition nerveuse était très accusée. En outre, excès sexuels et violents chagrins.

Dans l'obs. XI, le tabes a débuté *onze ans* après le chancre et le malade marche encore actuellement. Il avait 36 ans lors de l'infection spécifique, était très alcoolique, mais non nerveux.

Dans l'obs. IX le tabes a débuté *vingt-cinq ans* après le chancre.

Le malade n'est pas le moins du monde impotent.

C'est à l'âge de 28 ans que la syphilis a été contractée et le sujet n'avoue qu'un alcoolisme modéré. Il a fait des excès sexuels, mais n'est pas du tout nerveux.

Dans l'Obs. XII, le tabes a débuté vingt-sept ans après le chancre.

Le malade marche encore deux ans après le début des symptômes tabétiques. Il a contracté la syphilis à 23 ans, n'a jamais commis aucun excès mais possède une prédisposition nerveuse assez marquée.

Ainsi, avec des syphilis dont la gravité est apparemment comparable, l'intervalle compris entre l'infection spécifique et le début du tabes varie entre deux ans et vingt-sept ans. On s'explique immédiatement ces différences en mettant en parallèle, chez chacun de nos malades, l'âge, l'alcoolisme, le surmenage et les excès. Dans certains cas, la gravité de la syphilis, n'apparaît donc plus que comme un facteur secondaire à côté d'autres éléments, émanants du sujet lui-même.

Nous pourrions démontrer les mêmes faits pour les syphilis légères. L'un de nos malades (Obs. III), âgé de 41 ans au moment de l'infection syphilitique, voit son tabes débuter au bout de trois ans, tandis qu'un autre, après un chancre contracté à 26 ans, attend trente-quatre ans avant le début des accidents tabétiques.

Nous envisagerons plus loin l'influence de la prédisposition nerveuse, mais considérons d'abord quelques points relatifs à l'influence de la syphilis seule.

Il est bien connu que l'infection spécifique est d'un pronostic d'autant plus grave qu'elle atteint un sujet plus âgé ; on a souvent dit également que l'alcool et la syphilis faisaient mauvais ménage ensemble. Ce qui est vrai pour l'apparition des accidents tertiaires ultérieurs, semble vrai aussi pour le tabes.

Un tableau de nos diverses observations fera mieux juger de cette particularité.

Nous n'envisagerons ici que les tabétiques hommes, car, n'ayant que trois femmes sûrement syphilitiques, il est impossible de faire une étude sur un nombre de cas aussi restreint.

OBSERVATIONS	Age auquel le malade a contracté la syphilis	Intervalle séparant le début du tabes de l'infection syphilitique	Age qu'avait le malade à l'époque ou à débuté le tabes
Observations XIII	16	40	56
— VIII	19	19	38
— XII	23	27	50
— II	26	34	60
— IV	26	20	46
— IX	28	25	53
— VII	33	7	40
— X	35	11	46
— III	36	3	39
— XI	37	11	48
— I	40	2 1/2	42 1/2
— V	42	11	53
— VI	55		58

La simple inspection de ce tableau montre immédiatement combien l'apparition du tabes est rapide chez les malades qui ont contracté tardivement la syphilis. Les chiffres de notre seconde colonne changent d'une façon manifeste dès qu'on dépasse l'âge de 30 ans.

On pourrait arguer que, si l'intervalle entre le début du tabes et l'infection spécifique diminue à mesure qu'on avance en âge, c'est par la raison bien simple que l'ataxie locomotrice est une maladie qui survient surtout à l'âge adulte. Dès lors, les jeunes gens n'étant pas prédisposés au tabes restent plus longtemps indemnes, parce qu'ils sont plus loin de la maturité.

Or, non seulement, les sujets ayant contracté la syphilis dans leur jeunesse sont plus éloignés de l'apparition du tabes que les sujets atteints tardivement par la syphilis; mais encore le début de l'ataxie a lieu à un âge moyen, bien plus avancé chez les premiers que chez les seconds.

D'ailleurs, un nouveau tableau fera mieux comprendre notre pensée.

Age auquel le tabes a débuté chez nos 13 malades

	Obs. II	Obs. XIII	Obs IX	Obs. XII	Obs. IV	Obs. VIII
Malades ayant contracté la syphilis avant 30 ans.....	60	56	53	50	46	38

	Obs VI	Obs. V	Obs XI	Obs. X	Obs. I	Obs. VII	Obs. III
Malades ayant contracté la syphilis après 30 ans.....	58	53	48	46	42 1/2	40	39

Ainsi, chez les malades de notre première catégorie, le tabes a presque toujours débuté plus tardivement que chez ceux appartenant à la seconde catégorie. Il y a donc, à n'en pas douter, une réelle analogie avec ce qu'on observe pour les accidents tertiaires, d'autant plus graves et d'autant plus précoces que la syphilis est survenue à un âge plus avancé.

A côté de l'âge, nous avons signalé la pernicieuse influence de l'alcoolisme. Tous les malades chez qui le tabes a eu la marche la plus rapide sont des alcooliques, mais ici, il semble que l'influence de l'éthylisme associé à la spécificité soit très variable selon la prédisposition nerveuse des divers sujets. En étudiant le rôle de l'élément nerveux nous verrons les hypothèses qu'on peut faire à ce sujet.

Un dernier point nous reste à considérer au point de vue de l'action de la syphilis dans le tabes. C'est le rôle du traitement mercuriel.

Nous serions fort embarrassés s'il fallait tirer une conclusion quelconque avec nos observations, car aucun de nos malades n'a suivi un traitement véritablement régulier. Sur 13 tabétiques il y en a 12 qui n'ont certainement pas fait plus de quatre mois de traitement. Un seul dit s'être traité à peu près, pendant un an et demi, et c'est chez lui que le tabes apparaît le plus tôt. En trois ans, ce sujet devient impotent (obs. I).

Voilà qui ne laisse pas de nous surprendre. La toxicité du mercure viendrait-elle joindre son action à la virulence de la syphilis ? C'est une question qui nous paraît bien difficile à résoudre. Cependant nous

ne pouvons moins faire de remarquer que les deux auteurs qui ont le plus récemment envisagé l'action du traitement anti-syphilitique arrivent au même résultat que nous.

Kron, par exemple, trouve que sur 19 femmes affectées de tabes spécifique, les malades qui ont suivi le traitement le plus intensif et le plus prolongé arrivent le plus vite au tabes.

Donnons ces résultats.

I. — Malades ayant suivi un traitement mercuriel sérieux.

Nos DES CAS		Intervalle séparant le début du tabes de la syphilis.
VIII	Injections puis pilules.	10 ans.
IV	—	9 ans.
XXV	— puis frictions mercurielles.	5 ans.
XIV	— puis frictions.	4 ans.
XXXI	—	3 ans.
XXI	3 semaines de frictions, 3 mois d'iodure de potassium	4 ou 5 mois.

Malades n'ayant suivi aucun traitement

N° des cas..	III	XXIII	XXIV	XI	XV	XLI	XXVIII	XII	XVII	XVIII	XXXIX	X	XXVII
Intervalle en années...	20	18	17	13	11	11	9	6	3	3	3	2	4 ou 5 mois

Incontestablement le tabes a débuté beaucoup plus tôt chez les malades traités que chez ceux non traités. Un simple calcul nous montre que l'intervalle moyen séparant l'infection syphilitique des premiers symptômes tabétiques est de cinq ans seulement chez les

malades soignés par le mercure, tandis qu'il atteint près de neuf ans chez les malades non traités.

Des recherches entreprises par le même auteur chez 37 hommes tabétiques donnent un résultat absolument pareil. Toujours le traitement mercuriel semble avoir rapproché le début du tabes.

Dans une autre étude publiée dans *la Presse médicale* de 1899 par M. Touche, médecin de l'hospice de Brévannes, nous trouvons encore que les syphilitiques traités arrivent beaucoup plus tôt à l'ataxie. L'auteur a observé 23 malades.

Sur 12 tabétiques ayant eu la syphilis, 4 seulement ont été bien traités. Ce sont précisément ces 4 malades chez qui les symptômes tabétiques se montrent le plus rapidement.

Voici le tableau de l'auteur :

	Infection syphilitique	Tabes	Intervalle entre la syphilis et le tabes
(*)I.	47 ans	48	1 an
(*)II.	23 —	27	— 4
III.	27 —	34	— 7
(*)IV.	30 —	38	— 8
(*)V.	24 —	34	— 10
VI.	22 —	37	— 15
VII.	25 —	46	— 21
VIII.	22 —	44	— 22
IX.	20 —	42	— 22
X.	32 —	55	— 23
XI.	27 —	51	— 24
XII.	18 —	45	— 27

Parmi les malades de cette liste, seuls les tabétiques I, II, IV et V ont suivi un traitement régulier et utile.

Doit-on en conclure de ces diverses observations faites par des auteurs différents que le mercure exerce une influence nocive sur l'organisme ? A considérer le résultat brut on répondrait oui ; mais toujours il existe cette grosse question de la prédisposition personnelle qui intervient dans l'étiologie du tabes.

En outre, le professeur Fournier, en défendant dans un de ses livres le traitement mercuriel, a montré que si le tabes apparaissait plus tôt chez les syphilitiques traités c'était à cause d'une gravité plus grande de l'affection et non à cause du mercure.

Ainsi la question est en réalité très complexe et pour juger de l'action pernicieuse du mercure il ne faut pas se restreindre à diviser les malades en traités et non traités, mais rechercher tous les éléments accessoires qui ont pu hâter l'apparition du tabes.

Si nous prenons le seul de nos malades qui ait suivi un traitement mercuriel prolongé, on voit en effet que la syphilis a revêtu chez lui un aspect grave, que l'action du virus s'est exercé avec d'autant plus d'intensité que ce sujet était très alcoolique, noceur, nerveux, très déprimé par des chagrins. On n'est donc pas en droit d'accuser le mercure seul.

Rien ne nous dit que les malades traités, chez qui le tabes a été si précoce n'étaient pas aussi dans un état de moindre résistance. Les auteurs n'ont pas parlé non plus de la durée du traitement ; or on sait que telle syphilis guérit après quelques mois, tandis

que telle autre résiste à une thérapeutique mercurielle prolongée.

Pour juger vraiment de l'influence du mercure il faut en somme faire la part de toutes ces considérations.

Conclure qu'un régime mercuriel suivi pendant une ou deux années est un traitement suffisant, serait juste dans certains cas, faux dans d'autres.

Aussi, cette question du traitement ne pourra-t-elle trouver une solution que si, chez les malades observés, on note soigneusement les influences dépressives aux quelles ils ont pu être exposés, tels que l'âge, les excès de toute sorte, l'alcoolisme, le surmenage et la prédisposition nerveuse. C'est ce dernier élément dont nous allons nous occuper.

CHAPITRE VI

INFLUENCE DE LA PRÉDISPOSITION NERVEUSE. — ROLE DES EXCÈS, DU TRAUMATISME ET DES INTOXICATIONS

Nous avons exposé dans notre historique les longues discussions auxquelles avaient donné lieu l'étiologie du tabes ; aussi ne reviendrons-nous pas sur les opinions diverses qui ont partagé longtemps en deux camps les différents auteurs.

Si, comme le pensait le professeur Charcot, la prédisposition ou l'hérédité névropathique peut créer de toute pièce le tabes sous l'influence d'une cause occasionnelle ; tous les ataxiques sans exception devraient être manifestement des prédisposés ou des héréditaires. Or c'est ce que l'on ne trouve pas. Il existe assurément une grosse proportion de névrosés, d'hystériques, de neurasthéniques parmi les malades atteint de tabes, mais à côté il n'est pas très rare de rencontrer des sujets indemnes de toute tare névropathique.

En prenant nos observations, nous avons soigneusement fouillé les antécédents personnels et héréditaires de chaque malade. Cette recherche nous a permis de déterminer assez exactement la proportion des prédisposés et des non prédisposés.

Dans la plupart des cas, on trouve à vrai dire, un tempérament névropathique manifeste. Tantôt c'est une émotivité exagérée une impressionnabilité presque maladive, tantôt c'est une vivacité anormale, des emportements subits, qui dénotent une acuité très aiguisée du système nerveux.

Chez les malades dont le caractère apparaît naturel et exempt de toute exagération sensitive, on peut encore affirmer l'existence d'une prédisposition nerveuse, grâce à la présence de certains troubles fonctionnels datant de l'enfance.

Les uns, ont eu des migraines prolongées pendant l'adolescence ; non pas des céphalées passagères, mais des accès douloureux, souvent accompagnés de vomissements et ayant persisté pendant dix et douze ans.

Chez d'autres on découvre de l'incontinence nocturne d'urine pendant l'enfance jusqu'à l'âge de 15 et 20 ans.

Ces troubles, qu'ils consistent en migraines ou en mictions involontaires, ne peuvent évidemment se présenter que chez des sujets atteints d'une tare névropathique. Quelques auteurs considèrent même que, dans un grand nombre de cas, l'incontinence d'urine tardive est symptômatique d'hystérie.

D'autres prétendent que très souvent les mictions nocturnes involontaires équivalent à des accès épileptiformes, à des ictus avortés. En tous cas c'est toujours l'indice d'une susceptibilité nerveuse particulièrement marquée.

Pour ce qui est des antécédents héréditaires, ils sont au moins aussi chargés que les antécédents personnels. Nous n'avons trouvé que rarement l'aliénation mentale ou des troubles psychiques accusés, aussi bien chez les ancêtres directs que chez les parents collatéraux.

En revanche, les attaques apoplectiques suivies d'émiplégie se présentent très souvent dans les antécédents des tabétiques.

Charcot, dans ses cliniques, avait longuement appuyé sur ce fait, que l'hérédité nerveuse des tabétiques devait surtout être recherchée chez les oncles et chez les tantes des sujets malades.

Cette hérédité indirecte nous a paru en réalité moins constante que ne le disait le maître de la Salpêtrière. Plus souvent c'est le père ou la mère qui ont présenté des phénomènes nerveux.

Quant aux antécédents arthritiques, ils manquent presque toujours, en raison du milieu social auquel appartiennent nos tabétiques. En somme, en se basant sur tous les anamnestiques et sur tous les symptômes qui peuvent dévoiler une prédisposition nerveuse, on peut faire la classification suivante :

I. — Prédisposition nerveuse héréditaire. — Prédisposition personnelle.

HÉRÉDITÉ	PRÉDISPOSITION INDIVIDUELLE
I. — Père très vif, très emporté. Tremblement très intense pendant toute la vie.	Impressionnabilité exagérée. Vivacité anormale. Tremblement des membres supérieurs, datant de la jeu-

Attaque apoplectique suivie d'une hémiplégie droite ayant duré deux ans.	nesse. — *Syphilis.*
II — Père mort à 74 ans après avoir présenté des troubles mentaux pendant quatre jours.	Impressionnabilité exagérée. Tremblement nerveux, vertiges. — *Syphilis.*
III. — Mère très impressionnable ayant présenté des phénomènes hystériques.	Impressionnabilité exagérée. Vivacité anormale. *Syphil.*
VI. — Mère très vive, est restée très longtemps paralysée; morte des suites de cette affection. Père mort subitement(?)	Vivacité anormale. *Syphilis.*
VII. — Mère ayant présenté pendant sa vie une parésie passagère gênant la marche. Père mort à 42 ans après avoir présenté pendant trois ans du délire des grandeurs.	Impressionnabilité exagérée. *Syphilis.*
X. — Père vif, emporté, mort trois ans après une attaque qui lui avait laissé une hémiplégie droite.	Impressionnabilité exagérée. Vivacité anormale. *Syphilis.*
XII. — Mère très emportée, très prompte à la colère.	Impressionnabilité exagérée. Vivacité anormale. *Syphil.*

XIII. — Père très violent.	Impressionnabilité exagérée. Incontinence d'urine juqu'à 15 ans. — *Syphilis*.
XIV. — Parents inconnus, le malade est enfant naturel.	Impressionnabilité manifeste. Emportements fréquents. *Syphilis* douteuse.
XV. — Père excessivement impressionnable. Mère au contraire très violente.	Vivacité anormale. *Syphilis* douteuse.
XVII. — Père vif, emporté, mort à 33 ans d'attaque d'apoplexie cérébrale.	Impressionnabilité exagérée. Une fille aliénée. *Syphilis* douteuse.
XVIII. — Père vif et emporté. Les parents du malade étaient cousins germains.	Impressionnabilité exagérée. Phénomènes hystériques. Tremblement, bégaiement. *Syphilis* douteuse.
XIX. — Mère très impressionnable.	Impressionnabilité personnelle exagérée. *Syphilis* absente.
XX. —	Impressionnabilité excessive. *Syphilis* absente.
XXI. — Mère très nerveuse.	Impressionnabilité très marquée. *Syphilis* absente.

XXII. — Père vif, emporté.	Migraines prolongées pendant l'enfance ayant duré dix ou douze ans. *Syphilis* absente.
XXIII. — Mère très impressionnable, a été traitée toute sa vie pour des troubles nerveux. Pendant trois mois elle a présenté du délire. Morte à 79 ans après trois attaques successives.	Impressionnabilité exagérée, hystérie. Troubles vésaniques. Crises nerveuses. *Syphilis*.
XXIV. — Mère très vive, très emportée, morte d'une attaque d'apoplexie cérébrale.	Impressionnabilité exagérée. Constriction de la gorge. Pleurs très faciles. *Syphilis*.
XXV. — Mère très vive, très emportée, morte à 72 ans après trois attaques successives dont chacune avait eté suivie d'hémiplégie.	Impressionnabilité exagérée. *Syphilis*.
XXVI. — Père alcoolique et goutteux, très violent, est resté 18 ans paralysé à la suite d'une première attaque. Mort à 78 ans d'une seconde attaque. Mère hystérique, prenait des crises fréquentes.	Phénomènes hystériques. *Syphilis* douteuse.
XXVII. — Deux tantes et un oncle du côté maternel morts d'une attaque d'apoplexie.	La malade a présenté des phénomènes hystériques. Incontinence d'urine jusqu'à 18 ans.

Mère morte d'affection inconnue.	*Syphilis* douteuse.
XXVIII. — Père et mère très vifs, s'emportaient facilement.	Impressionnabilité exagérée. Migraines pendant six ou sept ans dans l'enfance. *Syphilis* absente.
XXIX. — Père d'un caractère vif et emporté.	Impressionnabilité exagérée. Incontinence d'urine jusqu'à 18 ans. *Syphilis* absente.
XXX. — Pas de prédisposition nerveuse marquée.	Impressionnabilité exagérée. *Syphilis* absente.
XXXI. — Enfant naturelle.	Impressionnabilité exagérée. Incontinence d'urine pendant l'enfance. *Syph.* absente.

II. — Manque absolu de prédisposition nerveuse

IV. — Aucune prédisposition, ni héréditaire ni personnelle.— *Syphilis.*
V. — Aucune prédisposition, ni héréditaire ni personnelle.— *Syphilis.*
VIII. — Pas de prédisposition. — *Syphilis.*
IX. — Pas de prédisposition. — *Syphilis.*
XI. — Pas de prédisposition. — *Syphilis.*
XVI. — Pas de prédisposition. — *Syphilis* douteuse.

Ainsi sur 31 cas de tabes, nous ne trouvons que 6 malades absolument indemnes de prédisposition

nerveuse. Tous les autres sont des sensitifs au plus haut degré et bon nombre d'entre eux possèdent une hérédité nerveuse chargée.

Or, en comparant le nombre de ces tabétiques prédisposés à la proportion des syphilitiques que nous avons trouvé dans notre précédente statistique, on est conduit à se demander si l'hérédité et le tempérament personnel ne jouent pas le rôle prépondérant.

En effet nous trouvons 25 fois la prédisposition nerveuse contre 16 fois seulement la syphilis. Mettons 22 fois, en joignant le chiffre des syphilis douteuses. Il semble donc qu'on doit conclure comme Ballet et Landouzy dans leur statistique : C'est l'élément nerveux qui joue le principal rôle.

Mais ces deux auteurs n'avaient pas tenu compte des syphilis ignorées. Nous avons montré qu'en conservant à ces dernières la place qui leur était due, on était presque en droit de soupçonner la syphilis dans tous les cas de tabes.

Ainsi la syphilis peut passer inaperçue, mais en cherchant avec soin la prédisposition nerveuse, il est bien difficile qu'on ne la trouve pas. Si, comme Charcot l'a dit, certains sujets cachent à l'interrogateur l'existence d'aliénés dans leur famille, ils laissent toujours entrevoir leur prédisposition sensitive personnelle.

Cette prédisposition étant facilement confessée, devrait être manifeste dans tous les cas, si elle jouait le rôle prépondérant.

Comme il y a des exceptions certaines, tandis que la syphilis est toujours présumable, même lorsqu'on n'a aucune preuve de sa présence, il nous semble juste de réserver à cette affection le premier rang dans l'étiologie du tabes.

Reste a expliquer pourquoi on trouve une telle proportion de nerveux chez les ataxiques.

Il y a indéniablement un rapport entre ces trois éléments : syphilis, prédisposition névropathique et tabes. Quel est-il ?

Puisqu'il est aussi puéril d'être partisan catégorique de l'action unique de la syphilis que du rôle exclusif de la prédisposition nerveuse, l'opinion mixte doit être évidemment l'expression de la vérité. Aussi parmi toutes les théories exposées, il nous semble que l'un de nos maîtres, le professeur Pierret, a donné l'explication la plus plausible dans sa communication au congrés de Moscou.

« Deux théories dit l'auteur, sont en présence pour expliquer l'inflammation systématique du système centripète ; ces deux théories sont soutenues par deux champions également respectables. M. Fournier déclare que le tabes est toujours syphilitique. M. Charcot, sans nier la fréquence de la syphilis, invoque plus volontier la prédisposition nerveuse. D'après mon expérience, ils ont raison tous les deux.

« Depuis que mon attention est éveillée sur ce point j'ai examiné tous mes tabétiques, au point de vue des prédispositions nerveuses, et j'ai constaté qu'on n'en rencontre jamais dont la sensibilité ne soit très

aiguisée. Elle l'est même trop. Romanciers, artistes, hommes politiques, artisans trop bien doués, ce sont des sensitifs.

« On s'explique alors assez facilement comment agit chez eux le poison syphilitique. Il s'ajoute à ceux qu'engendre le surmenage et entraîne une inflammation d'origine toxique qui, tout naturellement atteint les neurones les plus fatigués, c'est-à-dire les neurones récepteurs, premiers relais où s'élaborent les impressiqns dont, par hérédité, ces prédestinés du tabes sont passionnément avides.

« Ainsi tout s'explique, l'influence de l'hérédité et celle de la toxine spécifique. »

Pour compléter l'idée de M. Pierret, nous rappelons ici l'opinion qu'il avait exprimé en conversation devant ses collègues du congrès de Moscou : « Avez-vous jamais rencontré un tabétique qui fut bête ? disait M. Pierret. L'inintelligence est une véritable exception dans cette maladie. »

Et, en effet, lorsque vous interrogez un tabétique, vous êtes surpris de rencontrer sous le masque d'impassibilité qui distingue ces sortes de malades une intelligence qui dépasse de beaucoup la moyenne intellectuelle qu'on trouve dans leur métier. Nous, qui avons pris nos observations dans la classe modeste, avons surtout eu affaire à des voyageurs, des dessinateurs, des employés, des modeleurs, tous métiers relativement nobles dans la basse classe.

Un de nos malades, chaudronnier, est remarquablement intelligent ; un autre, parti du métier de

servant pour maçons, a su s'élever jusqu'à la profession de comptable dans une fabrique; un troisième, doreur, a passé par l'école des arts-et-métiers d'Aix.

Un seul de nos malades est cultivateur et son niveau intellectuel est bien au-dessus de celui de ses pareils.

L'affinement de l'acuité sensitive dont sont doués les tabétiques a été d'ailleurs non seulement remarquée par le distingué médecin de l'hospice de Bron, mais quelques spécialistes en vénéréologie arrivent même à prévoir la possibilité d'un tabes lorsque les sujets syphilitiques qu'ils interrogent montrent une impressionnabilite exagérée.

M. le Dr Cordier nous disait : « Quand je vois venir dans mon cabinet un malade atteint de la syphilis et qu'il se trouve mal, ou manifeste une émotion anormale à l'annonce de la vérole, je fais aussitôt un pronostic grave relativement au *tabes* et à *la paralysie générale* ».

On peut donc conclure avec toute apparence de raison que la syphilis est presque indispensable pour provoquer le tabes, mais que la toxine spécifique ne créera cette maladie, que si elle tombe sur un terrain prédisposé.

La question de graine spéciale, l'hypothèse de syphilis à *virus nerveux* qu'avait cru devoir faire M. Morel Lavallée ne semble nullement justifiée.

On sait en effet que, par une coïncidence curieuse certaines personnes ayant contracté la syphilis à la même source deviennent tabétiques dans la suite. Assez nombreux sont les cas qui ont été apportés à l'appui de l'influence possible de certaines syphilis données. Ce sont des étudiants qui après avoir été

infectés par la même femme voient l'ataxie locomotrice apparaître au bout de quelque temps ; ce sont des cas de tabes survenus chez le mari et chez la femme à la suite d'une syphilis conjugale.

Plusieurs auteurs ont déjà pris le soin de réfuter cette théorie, ils ont démontré nettement que si la syphilis produit tel ou tel trouble dans l'organisme, c'est non parce que des virus différents ont des propriétés différentes, mais parce que le terrain sur lequel ils agissent possède des réactions variables avec les personnes; il est donc inutile de revenir sur ce point.

Pour notre compte, nous avons dans nos observations un malade qui a contracté la syphilis avec une négresse, en Amérique.

Quoique les nègres n'aient ordinairement ni le tabes, ni la paralysie générale, celà n'a pas empêché notre sujet de donner prise à la sclérose des cordons postérieurs.

Cette loi si vraie de la pathologie générale d'après laquelle chaque individu fait une maladie adéquate à son tempérament semble s'appliquer au tabes comme aux autres affections morbides.

Si un sujet prend la syphilis, son organisme met aussitôt en jeu ses réactions défensives, comme il le fait pour tout autre maladie, et alors la gravité de l'affection est faite, moitié de l'intoxication, moitié de la puissance réactionnelle du malade. Or qu'il se crée dans le sang une anti-toxine, une stimuline, ou qu'il se produise une diapédèse plus marquée de globules blancs, ces phénomènes ne sont jamais complètement indépendants du système nerveux.

L'intensité du délire et de la fièvre chez certains pneumoniques ou typhiques nerveux n'indique-t-elle pas le rôle important qu'il faut attribuer à la puissance de réaction dont sont doués ces sujets. Il peut donc paraître rationnel de supposer que si on trouve avec une fréquence manifeste des antécédents syphilitiques légers dans le tabes, c'est parce que la maladie s'est développée chez des sujets plus nerveux, qui ont lutté plus efficacement contre l'infection. Si la syphilis a passé inaperçue chez eux, c'est en un mot parce que l'affection a été rendue plus bénigne, grâce à la puissance réactionnelle d'un système nerveux plus sensible, plus vite mis en alerte. Ce qui tiendrait à corroborer notre hypothèse, c'est que parmi les malades que nous avons observés, presque tous ceux qui sont dénués de prédisposition nerveuse ont eu une syphilis apparente.

Nous n'avons que six sujets indemmes de nervosisme et cinq sont des syphilitiques certains. Le sixième est un syphilitique douteux.

Parmi les malades qui, au contraire, sont doués d'une prédisposition nerveuse accusée, ce sont les accidents spécifiques bénins ou l'absence de syphilis qu'on remarque le plus souvent.

Sur vingt-cinq tabétiques, tous plus ou moins nerveux, il y en a onze seulement chez qui on découvre la syphilis, sept autres chez qui les antécédents spécifiques sont douteux, sept autres enfin qui paraissent n'avoir pas été infectés. Cette inégale répartition de la syphilis suivant la prédisposition des sujets, vient donc appuyer notre hypothèse.

Nous ne sommes d'ailleurs pas seuls à faire intervenir cette réaction défensive du système nerveux contre l'infection syphilitique. Un professeur de médecine de Kharkow, Orchansky, avait déjà développé cette idée, et ses conclusions nous ont parues en partie confirmées par les considérations que nous venons d'exposer au sujet de nos observations.

D'après Orchansky : « Autant une névrose fonctionnelle prédispose l'organisme aux différentes autres affections fonctionnelles, autant elles sert de défense contre les lésions organiques du système nerveux ».

« En outre, une hérédité ou une prédisposition personnelle névropathique défend le système nerveux contre l'action néfaste de la syphilis ».

Il semble, à vrai dire, paradoxal, de trouver que ce sont précisément les sujets nerveux, chez qui les réactions défensives sont les plus intenses, qui deviennent le plus souvent tabétiques.

Nous ne chercherons pas à expliquer cette particularité. Peut-être, les neurones se fatiguent-ils plus vite en raison même d'une réaction défensive plus marquée? Alors, on comprendrait le terme d'affection parasyphilitique et l'impuissance du traitement mercuriel dans le tabes. Le système nerveux serait en quelque sorte surmené, par une réaction constante contre le virus syphilitique. Comme les gens plus nerveux ont une tendance naturelle à se surmener, comme ils déploient momentanément des efforts considérables pour retomber ensuite épuisés ; on pourrait supposer une réaction défensive exagérée des neurones n'agissant que plus vite pour ruiner leur force de

résistance. Cette hypothèse de surmenage nerveux chez des gens doués de *faiblesse irritable* n'est donc pas tout à fait invraisemblable.

En tous cas, il paraît certain que tous les sujets qui se sont livrés à des excès divers, à des abus d'alcool, dont le système nerveux en un mot a été miné d'avance par des causes dépressives, arrivent très promptement à l'ataxie et à l'impotence consécutive. Dans nos observations, tous les malades à la fois nerveux et alcooliques sont devenus tabétiques moins de dix ou douze ans après la syphilis. Ceux au contraire qui, possédant une prédisposition nerveuse manifeste, n'avaient commis aucun excès, ont résisté très longtemps avant de devenir tabétiques (obs. XIII,XII, II).

En outre, si nous considérons les femmes, d'ordinaire peu exposées au surmenage et aux abus alcooliques, nous n'en trouvons que 3 sur 9 qui soient arrivées à l'impotence, tandis que les hommes tabétiques, dans la moitié des cas, sont devenus impotents.

Ainsi la gravité du tabes, la rapidité d'apparition des symptômes n'est pas due à l'action exclusive de la syphilis.

En employant une comparaison, le virus spécifique nous semble en quelque sorte jouer dans l'organisme, le rôle de ces cristaux qu'on projette dans certaines solutions salines concentrées. S'il y a sursaturation, la cristallisation se fait en masse ; si au contraire la saturation n'est pas absolue, rien n'est changé dans la consistance du liquide, mais peu à peu des cristaux se formeront grâce à l'évaporation. Si enfin on im-

prime un choc, si on agite le flacon qui contient cette solution saturée la solidification va commencer aussitôt.

De même la syphilis arrivant dans un organisme déjà sursaturé par diverses toxines sera très rapidement l'origine de la sclérose des cordons postérieurs. Cette action combinée de plusieurs poisons deviendra en quelque sorte comparable à ce qu'on observe dans les maladies aggravées par l'action des infections secondaires.

Si au contraire la syphilis est contractée par un sujet dont l'organisme n'a pas eu à lutter contre des intoxications variées, dont le sang n'a pas été saturé de principes nuisibles, le tabes n'évoluera que peu à peu avec l'apparition de l'âge.

Enfin, si un traumatisme intervient chez un prédisposé atteint de la syphilis, si du surmenage, tels que les excès sexuels, la fatigue corporelle, le froid, viennent joindre leur action dépressive, le tabes apparaîtra aussitôt et souvent les premiers symptômes débuteront par les points du système nerveux mis en état de moindre résistance par ces causes secondaires.

Mais, de même que pour telle solution saline, il n'est que tel autre sel susceptible de provoquer la cristallisation, de même la syphilis nous semble presque seule, capable d'amener la sclérose des cordons postérieurs dans certains organismes donnés.

Nous venons de parler de *locus minoris resistentiae;* il nous a paru, en effet, que si la symptomatologie du tabes était si souvent polymorphe, la prédominance

de tel ou tel trouble, la manifestation précoce de tel ou tel signe n'était pas complètement livrée au hasard.

Depuis longtemps déjà, en Allemagne, les auteurs avaient remarqué ce fait que les soldats devenus tabétiques à la suite des fatigues et des grands froids de la guerre 1870-1871 avaient commencé par éprouver des douleurs fulgurantes dans les jambes et des troubles de la marche.

Un médecin lyonnais, M. Tournier, publiait d'autre part, en 1897, dans *la Revue de Médecine*, le cas d'un tabétique chez qui les troubles pathologiques avaient exercé leur maximum d'action au niveau des points les plus faibles et les plus sensibles.

Enfin, quelques auteurs, Strauss entre autres, ont rapporté des cas où le tabes, survenu après un traumatisme, avait d'abord manifesté son apparition dans les parties traumatisées.

Chez nos tabétiques femmes, nous observons ce fait curieux que deux d'entre elles, d'ailleurs syphilitiques, après une chûte sur la colonne vertébrale au niveau de la région lombo-sacrée, ont toutes deux commencé à éprouver des troubles, caractérisés par de l'incontinence d'urine et de la cystalgie très intense (obs. XXIII et XXIV).

L'une d'elle avait fait une chûte à l'âge de 8 ans et avait été atteinte d'incontinence d'urine pendant un an à la suite de ce choc. Elle prend la syphilis plus tard et devient tabétique avec prédominance de phénomènes vésicaux.

Quant à l'autre, syphilitique depuis un certain temps, le tabes ne fait son apparition réelle qu'à la

suite des troubles urinaires qui suivirent une chûte sur les reins.

Nous avons aussi quelques malades qui ont eu à supporter des froids très rigoureux, à fournir des marches exagérées dans la neige lors de la guerre de 1870-71. Chez tous, les douleurs fulgurantes très violentes, ont commencé par les membres inférieurs longtemps à l'avance et l'ataxie de la marche a été un des phénomènes prédominants.

Obs. IV. — Le malade a eu à souffrir de grands froids pendant la guerre de 1870.	Les douleurs d'apparence fulgurantes commencent à se montrer en 1875. Elles s'exagèrent et l'ataxie apparaît en 1894 avant tout autre trouble.
Obs. XIV. — Le malade a couché souvent dans la neige pendant la guerre de 1870. Surmenage, marches forcées.	Les douleurs fulgurantes ont débuté par les jambes en 1878 et deux ou trois ans plus tard seulement d'autres symptômes commencent à apparaître.
Obs. XVI. — Le malade a eu les jambes gelées pendant la guerre de Crimée. Jamais il n'a commis aucun excès.	Les douleurs fulgurantes commencent par les membres inférieurs au niveau des chevilles en 1863, sept ans avant que tout autre trouble se manifeste.
Obs. XXI. — Le malade a subi de grands froids en 1870. Il a commis des excès sexuels.	Les douleurs fulgurantes se montrent tout d'abord dans les jambes puis bientôt dans la sphère des organes génitaux.

Un fait qui nous a frappé également. C'est que les malades ayant à leur actif de nombreux excès sexuels ont toujours accusé la présence de douleurs en ceintures violentes, tandis qu'on les trouve beaucoup plus rarement chez les autres malades.

L'impuissance dès le début, le priapisme ou les douleurs anales comptent aussi parmi les premiers symptômes dont se plaignent les sujets qui ont commis des abus génitaux.

En groupant tous les malades qui avouent avoir abusé des plaisirs sexuels, nous trouvons que :

— Dans l'obs. I, le malade a fait des excès sexuels répétés, coïts debout fréquents.

Le tabes commence par des douleurs en ceinture violentes s'irradiant au pourtour des hanches et jusque dans les parties génitales.

— Dans l'observation III, le malade a commis de nombreux excès sexuels. Cinq à six coïts par jour, très souvent debout.

C'est en même temps un grand fumeur.

Le tabes commence par des troubles oculaires et de violentes douleurs en ceinture.

— Dans l'obs. VII, le malade avoue des excès sexuels très fréquents. Le coït debout était presque journalier.

Trois ans avant tout autre symptôme apparaissent des douleurs en ceinture si violentes qu'elles obligent le malade à rester debout et à se promener des nuits entières.

— Dans l'obs. IX, le malade a commis des excès sexuels exagérés. Jusqu'à cinq et six coïts par jour.

C'est en outre un alcoolique avéré.

Début du tabes par des épreintes anales, un ténesme rectal très violent et très douloureux.

Puis bientôt crises gastriques, douleurs en ceinture, au thorax et à l'abdomen.

— Dans l'obs. XI, le malade a commis des excès sexuels fréquents et les douleurs en ceinture comptent encore parmi un des principaux signes de son tabes.

— Dans l'obs. XX, le malade avoue de nombreux coïts debout, des excès sexuels journaliers.

Lors du début de son tabes l'un des premiers phénomènes se trouve être des douleurs en ceinture.

— Dans l'obs. XXI, le malade accuse de nombreux abus.

Il avait jusqu'à trois maitresses à la fois qu'il voyait plusieurs fois par jour. Ajoutons qu'il avait subi de grands froids en 1870.

Le tabes débute chez ce sujet par des douleurs fulgurantes dans les jambes puis, quelques années après, se montrent des douleurs pénibles dans toute la région génitale, des accès de priapisme douloureux et de violentes crises de ténesme anal.

A côté de ces malades, d'autres qui ne se sont pas livrés à des abus sexuels ne se plaignent pas de douleurs en ceinture ou s'en plaignent très accessoirement.

Or, comment expliquer cette présence des douleurs en ceinture chez les génesiques plutôt que chez les autres. Assurément il peut exister des douleurs pareilles dans toute la hauteur du tronc et il ne nous semble pas qu'il y ait aucun rapport entre les excès sexuels et des crises fulgurantes survenant dans la région thoracique ou sous-scapulaire. Certaines crises viscérales sont toutes aussi étrangères à ces abus, mais chez beaucoup de malades les douleurs s'irradient vers les hanches et il serait alors possible qu'elles choisissent pour lieu de prédilection les nerfs grand abdomino et petit abdomino-génitaux qui suivent ce trajet.

Nous avons eu l'occasion de voir une fois un jeune sujet bien portant qui, à la suite d'excès de masturbation, avait ressenti des troubles absolument analogues à ceux dont se plaignent certains tabétiques. Après des excès d'onanisme nocturnes il était venu se présenter à la visite, se plaignant d'avoir ressenti une sensation contrictive très marquée de la ceinture.

Un autre fait qui nous semble en rapport avec cette localisation hypothétique des douleurs du tabes, c'est que les terminaisons des nerfs abdomino-génitaux commandent la contraction du muscle crémastérien du scrotum. Or, lorsque dans le tabes on cherche le réflexe crémastérien sans pouvoir l'obtenir, il est reconnu que c'est un indice d'impuissance chez l'individu examiné. Les nerfs en question peuvent donc avoir une signification symptomatique au point de vue des douleurs.

Pour ce qui est du priapisme, l'explication en est

simple et inutile à donner, quant aux douleurs anales on peut invoquer la synergie fonctionnelle qui lie constamment le sphincter aux muscles bulbo-caverneux.

Nous ne voulons pas appuyer plus longtemps sur ces particularités, mais nous avons encore remarqué un fait chez les malades dont le tabes a commencé par de la névrite optique, des troubles amaurotiques ou a finalement abouti à la cecité. C'est que chez les uns il y a eu un traumatisme oculaire, survenu antérieurement et ayant entraîné de l'amaurose unilatérale, en un mot c'étaient des borgnes. Chez les autres on trouve de véritables abus tabagiques. Ce sont de grands fumeurs.

Le *locus minoris resistentiæ* s'explique facilement dans le premier cas, puisqu'en dehors du tabes, nous avons l'ophtalmie sympathique.

Mais chez les tabétiques fumeurs, ne serait-il pas possible de rappeler aussi que la nicotine a une action très néfaste sur la papille. Le tabac n'exerce sa puissance nocive que sur deux organes principaux. Le cœur avec l'angine de poitrine, et les yeux avec la névrite et l'atrophie papillaire.

L'action combinée du poison nicotinique et de la toxine syphilitique expliquerait peut-être certains tabes céphaliques.

Ici encore se trouverait la justification de l'opinion de M. le professeur Pierret sur la collaboration des poisons associés.

D'ailleurs pour mettre en relief l'hypothèse vraisemblable de causes secondaires agissant pour déter-

miner des points de *locus minori resistentiæ* reprenons la liste de tous nos malades qui ont eu des phénomènes amaurotiques prolongés ou de la cécité.

Obs. III. — Le malade fumait environ un paquet de tabac de 0,50 cent. en deux jours. Travail prolongé à la lumière.	Début par des phénomènes oculaires et amaurose consécutive.
Obs. IV. — Le malade a eu un œil crevé à la suite d'un coup de couteau. On a dû le lui extraire.	Le seul œil qui restait au malade est devenu peu à peu complètement amaurotique.
Obs. X. — A la suite d'un accident survenu à 21 ans, l'œil gauche est devenu complètement amaurotique.	Les premiers symptômes du tabes commencent par des troubles de la vue et le malade devient amaurotique en six ans.
Obs. XV.— Le malade fumait environ 0,50 à 0,75 cent. de tabac par jour.	Les principaux signes et pour ainsi dire les seuls troubles du tabes n'ont jamais été autres que des phénomènes oculaires; le malade est amaurotique.
Obs. XIX. — Le malade fumait environ 0,50 cent. de tabac par jour.	Le tabes a débuté par des brouillards devant les yeux et des phénomènes de névrite optique survenus fort longtemps avant les autres symptômes.

Une seule de nos femmes a eu un tabes céphalique avec amaurose, mais nous n'avons rien trouvé de bien probant pour expliquer cette localisation qui est d'ailleurs survenue en tout dernier lieu. Peut-être un peu d'excès de travail visuel mais c'est bien douteux.

Ainsi, chez presque tous, on peut invoquer une cause à la prédominance des troubles oculaires. Pour les uns c'est un traumatisme antérieur, pour les autres c'est le tabac, peut-être dans quelques cas un excès de travail visuel. On ne peut plaider le fait du hasard, car si chez quelques-uns de nos tabétiques non compris dans cette liste il y a eu également des traumatismes oculaires, ces accidents n'ont entraîné que des lésions simples de la cornée et non une lésion du fond de l'œil.

De même nous ne trouvons qu'un seul grand fumeur parmi les tabétiques indemnes de troubles oculaires. Sur 17 malades c'est peu, et on voit la différence de proportion avec ce qui existe dans la liste que nous venons de donner.

Tout l'ensemble de ces faits vient donc à l'appui de l'idée que nous avons émise. Un sujet prédisposé devenant syphilitique, sera en puissance de tabes, et si la maladie apparaît, les premiers symptômes se manifesteront de préférence dans les points mis en état de moindre résistance soit par des excès, soit par des traumatismes, du surmenage ou certaines intoxications.

CHAPITRE VII

LE TABES DANS LES DIVERSES RACES

Parmi les arguments qu'on a souvent mis en avant pour contester l'origine syphilitique du tabes, un des plus sérieux est celui qui a trait à l'absence du tabes chez certaines races. Comment se fait-il, dit-on, que l'ataxie locomotrice soit inconnue chez les Arabes, par exemple, tandis que la syphilis s'y rencontre à chaque instant ? Comment expliquer que dans une race presque universellement contaminée par la vérole, jamais on ne trouve le tabes ou du moins cette maladie est-elle très rare.

Si la syphilis ne peut arriver à provoquer la sclérose des cordons postérieurs chez de pareils sujets c'est donc que le tabes a une autre cause, et cette cause est l'hérédité nerveuse.

Il n'est absolument pas douteux que notre système nerveux diffère totalement de celui des arabes ; mais conclure de là que la prédisposition nerveuse seule est susceptible de provoquer l'ataxie ; dire que la syphilis est une cause occasionnelle au même titre que le froid, le traumatisme, l'alcoolisme ou le surmenage, ne nous semble pas une déduction naturelle et nécessaire.

Pour être autorisé à nier l'influence, sinon unique du moins presque unique, de l'infection spécifique il faudrait apporter l'observation d'un fait consistant précisément dans la contre-partie du précédent. Autrement dit, il faudrait montrer que, *chez certains peuples éminemment nerveux, le tabes est une affection très fréquente, quoique la syphilis n'existe pas.* Dès lors la présence du tabes dans un milieu où la vérole est inconnue trancherait immédiatement la question en faveur de l'hérédité nerveuse. Or, un pareil ensemble de conditions est aujourd'hui impossible à réunir, car il n'est pas de peuple qui soit resté à l'abri de la syphilis. Un auteur russe a cependant fait d'intéressantes recherches qui répondent en partie à la question que nous venons de poser.

L. Minor a étudié comparativement l'étiologie du tabes chez les israélites habitants la Russie et chez les autres habitants du même pays. Les premiers, comme tous les représentants de la race sémite, sont très prédisposés aux affections du système nerveux. Quant aux Russes proprements dits, ils n'ont pas de tendance particulière à la névropathie.

De plus tandis que les Juifs, en raison de leur genre de vie spéciale, sont très peu atteints par la syphilis, les Russes fournissent un contingent très considérable à l'infection spécifique. D'après Minor, la vérole est cinq fois plus fréquente chez ces derniers que dans la race sémite.

Les résultats de la statistique de cet auteur sont d'ailleurs très édifiants. Sur 1.642 névropathies, Minor a trouvé :

760 Russes { 496 hommes / 264 femmes

882 Juifs { 449 hommes / 443 femmes

Les malades russes ont été contaminés par la syphilis,

Les hommes dans 25 0/0 des cas.
Les femmes dans 11 0/0 des cas.

Les malades israélites ont été contaminés par la syphilis,

Les hommes dans 7 0/0 des cas.
Les femmes dans 1,5 0/0 des cas.

Or, qu'observe l'auteur au point de vue du tabes?

Chez les Russes, l'ataxie locomotrice existe dans 6 0/0 des cas.

Chez les Israélites, l'ataxie locomotrice existe dans 0,6 0/0 des cas.

Remarquons que, chez ces derniers, tous les cas de tabes observés avaient été précédés de la syphilis.

Le travail de Minor prouve donc que,dans une race très prédisposée aux maladies du système nerveux, le tabes disparait presque lorsque la syphilis devient rare.

Ajoutons encore une fois que les seuls tabétiques israélites observés avaient tous des antécédents spécifiques.

En somme, nous en revenons toujours à l'idée émise par M. Pierret. Pour devenir tabétique il faut, comme on dit en mathématique, des conditions néces-

saires et suffisantes. Ces conditions sont la syphilis et la prédisposition nerveuse, en d'autres termes une graine spéciale et un terrain approprié.

Si la tendance aux névropathies, si l'hérédité manquent, la syphilis deviendra presque impuissante à créer seule le tabes. C'est pour ce fait que les Arabes, dont nous parlions plus haut, sont très peu prédisposés à l'ataxie. Chez eux, l'acuité sensitive est très rudimentaire. Le terrain cérébral n'est plus celui que nous observons chez nos malades ; il est moins vulnérable et ne réagit pas de la même façon.

De même pour leur système médullaire, copié sur celui de l'encéphale, il est loin d'avoir des réactions réflexes comparables aux nôtres.

En un mot, le système nerveux des Arabes les plus intelligents est à peine comparable à celui de nos plus rustiques cultivateurs.

Or, le tabes est déjà presqu'exceptionnel chez les habitants de nos campagnes, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il soit rare chez les Arabes.

D'ailleurs, nous allons voir quelle est l'impression des praticiens qui exercent en Algérie. La littérature médicale est peu riche en ce qui concerne l'existence du tabes chez les habitants de ce pays. Aussi nous avons eu recours à l'obligeance d'un médecin de notre colonie.

Voici les renseignements que M. Malbot, médecin de l'hospice de Constantine, a bien voulu nous donner. Notons que ces détails sont le fruit de quinze ans de pratique en Algérie.

1° *La syphilis est-elle très fréquente chez les indigènes arabes ? L'affection suit-elle une marche grave ?*

« Oui, très fréquente, à tel point qu'on peut, *en pratique*, c'est-à-dire quand on a à soigner un Arabe, procéder comme s'il avait eu la syphilis. On est surpris de voir avec quel à propos et quelle promptitude l'iodure et le mercure réussissent chez les Arabes. En réalité, sans exagération, *les trois quarts des Arabes au moins* sont syphilitiques avérés et indiscutables, aussi bien les petits que les adultes.

« L'affection revêt un aspect très grave ; beaucoup d'indigènes succombent à la syphilis viscérale, au phagédenisme et surtout aux accidents tertiaires à processus ulcéreux ».

2° *Les Arabes traitent-ils leur syphilis ?*

« Non, les indigènes n'ont habituellement recours à aucun traitement. C'est pour cela que la vérole est si grave. Quelquefois ils prennent pendant une quinzaine de jours du sirop de Gibert, que leur donne n'importe quel pharmacien, mais il n'y a pas d'exemple d'Arabe, même intelligent, qui ait consenti à traiter jamais une syphilis rationnellement et chroniquement comme on le fait aujourd'hui. Les médecins indigènes traitent passagèrement les accidents spécifiques à l'aide de vaporisation de cinabre et d'applications d'onguent napolitain.

« On peut considérer en somme que la syphilis est toujours mal traitée et le plus souvent pas du tout ».

Voyons maintenant ce qui est relatif à la prédisposition nerveuse. Le Dr Meillon, dans une étude sur

l'aliénation mentale chez les Arabes avait déjà publié le résultat de ses recherches dans *les Annales médico-psychologiques* de 1896. Il avait montré quelle distance séparait notre organisation nerveuse de celle des Arabes. M. Malbot a bien voulu nous confirmer de nouveau cette même opinion.

3° *Les arabes sont-ils d'une impressionnabilité très marquée ?*

« Non certes, on peut pratiquer sur eux de graves opérations chirurgicales *sans anesthésie.* Ils ont un système nerveux à réaction minima et pour ainsi dire rudimentaire. Ce sont des *hypocérébraux.* »

4° *L'épilepsie, l'hystérie, les maladies mentales sont-elles fréquentes ?*

« L'épilepsie est peu fréquente et souvent due à des tumeurs gommeuses; l'épilepsie essentielle est certainement très rare.

« L'hystérie est à peu près inconnue.

« Je n'ai jamais rencontré que des formes *dépressives* de la folie, des formes mélancoliques. La mélancolie va cependant rarement jusqu'au suicide. »

Mais arrivons au tabes.

Le tabes existe-t-il, et l'observe-t-on fréquemment ?

« Le tabes est peu fréquent chez les arabes, mais j'en ai *des cas authentiques et indiscutables.* Les cas que j'ai rencontré étaient tous *d'origine syphilitique.*

« Chez les femmes arabes je n'en ai jamais vu ni entendu parler. Je le crois excessivement rare. »

L'ataxie locomotrice n'est donc pas complètement inconnue chez les Arabes. Ce fait vient encore à l'appui de l'idée que nous avons émise et sur laquelle Fournier avait déjà appuyé : La prédisposition nerveuse est une condition suffisante, presque indispensable pour provoquer le tabes, mais elle n'est pas absolument nécessaire.

De même que nos observations contiennent un minimum de sujets ayant contracté l'ataxie locomotrice sans qu'ils aient de tare névropatique, les Arabes, chez qui la prédisposition nerveuse manque, comptent aussi un minimum de tabétiques.

En outre, remarquons que, chez ces indigènes, la gravité de la syphilis semble inversement proportionnelle à la puissance de leur réaction sensitive. Ils sont mal armés pour se défendre contre l'infection spécifique, la syphilis revêt aussitôt une allure très grave et en même temps aboutit rarement à la sclérose des cordons postérieurs. Nous observons donc encore ce fait que, chez des gens indemnes de prédisposition nerveuse, la syphilis revêt une marche beaucoup plus grave que chez les européens névrosés.

Pour compléter notre enquête sur les habitants de l'Algérie, nous avons cru devoir nous renseigner sur les israélites si nombreux dans notre colonie africaine. Voici ce que M. Malbot nous a répondu :

1° *La syphilis est-elle fréquente chez les Juifs algériens ?*

Est-elle grave ?

« Les israélites de ces pays sont aussi souvent syphilitiques que les Arabes, peut-être plus souvent encore.

« En revanche la vérole est beaucoup moins grave chez eux. Comme ils se soignent davantage que les indigènes, j'attribue cette différence de gravité au traitement. »

2° *Les Juifs algériens ont-ils une impressonnabilité nerveuse accusée ?*

« Les Juifs d'Algérie sont des *hypocérébraux* tout comme les Arabes ; certainement plus prédisposés aux troubles nerveux que les Arabes, mais infiniment moins que les israélites européens.

« Ici le climat est dépressif et contrebalance l'influence de la race. C'est certainement le climat qui abrutit les indigènes. »

3° *Le tabes est-il fréquent dans la race israélite algérienne ?*

« On observe assez souvent le tabes chez les Juifs, mais certainement moins qu'en France. Le climat semble intervenir pour enlever au système nerveux de cette race une partie de sa susceptibilité.

« J'ai soigné depuis six ans une dizaine de tabétiques juifs et vu à peu près le quadruple. L'affection est donc *fréquente* pour une population de huit à neuf mille Juifs habitant Constantine. »

Nous ne nous attarderons pas à de nouveaux commentaires au sujet du tabes chez les israélites, mais

toujours remarquons que des individus à système nerveux plus aiguisé, ont aussi une syphilis moins grave. Le traitement doit y être assurément pour quelque chose, mais la réaction défensive de l'organisme participe peut-être bien aussi à cette atténuation des symptômes spécifiques.

Puisque nous parlons des races habitant le continent africain, relatons maintenant les renseignements contenus dans une intéressante conférence faite à la clinique neuro-psychiatique de St-Pétersbourg, par M. Goltzinguer.

Ce médecin, envoyé en Abyssinie par le gouvernement russe nous a donné des détails fort curieux sur la diffusion de la syphilis et la rareté des maladies nerveuses dans ces pays.

Pendant son séjour, M. Goltzinguer a eu à examiner dix mille malades (dont la moitié seulement une fois) dans la capitale et à Charara. Il a pu constater que la syphilis existait chez les indigènes dans 80 0/0 des cas.

Mais, si par ce point, les Abyssiniens ressemblent à leurs frères blancs, il est presque de bon ton d'avoir eu la vérole.

Aussi, ne font-ils pas comme en Europe où les peuples se renvoient les uns aux autres l'honneur d'avoir été les premiers à en être atteints, et appellent la syphilis « le mal français » en Italie, « le mal napolitain » en Russie, « le mal portuguais » en France; les habitants d'Abyssinie très fiers disent: « *notre maladie.* »

Dans tous les cas, la syphilis a une évolution particulièrement bénigne et les manifestations tertiaires sont rares. Quoiqu'ils connaissent le traitement mercuriel, la grande majorité des cas évoluent sans traitement.

Ils sont pour ainsi dire immunisés en naissant contre les atteintes du mal.

Sur six mille malades, l'auteur n'a trouvé que cent vingt-un affections nerveuses ou mentales. Le tabes n'a été constaté *que six fois.*

Cette maladie semble très rare malgré la diffusion de la syphilis.

Ajoutons que l'impressionnabilité nerveuse est réduite à son minima. M. Goltzinguer n'a pas observé un seul cas de neurasthénie. A ce propos, les heureux sujets du Négus, considèrent les européens pressés et excités comme des gens atteints de troubles nerveux et les comparent à des personnes « qui se préparent à mourir demain. »

Ainsi le manque d'hérédité nerveuse paraît protéger les Abyssins contre le tabes. Cependant dans cette population manquant de toute propension à la névropathie, l'auteur a trouvé six cas d'ataxie locomotrice sur six mille malades.

Or, dans nos observations, nous avons également six tabétiques chez qui la prédisposition nerveuse paraît totalement absente.

Notre enquête ayant porté sur tous les malades des hospices civils de Lyon, soit environ 4.500, la proportion des sujets non nerveux atteints du tabes n'est donc pas sensiblement différente de celle qu'on

observe en Abyssinie. Autrement dit, si le terrain névropathique est un milieu très favorable pour l'éclosion du tabes on retrouve toujours un petit nombre de sujets chez qui la syphilis peut provoquer le tabes sans aucune prédisposition individuelle et cette proportion est presque la même en Abyssinie que chez des malades européens appartenant à la classe modeste.

Il est une autre race africaine et de beaucoup la plus importante chez laquelle il eut été intéressant de rechercher la fréquence du tabes : c'est la race nègre. Mais si nous n'avons pas de détails sur les indigènes habitant le continent proprement dit, du moins William Burr nous a-t-il fourni des renseignements curieux en envisageant les nègres du continent américain.

D'après sa propre expérience et d'après les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré auprès de nombreux médecins exerçant soit à Cuba, soit dans le sud des Etats-Unis et à Philadelphie, l'auteur arrive à conclure avec toute apparence de certitude que l'ataxie locomotrice est extrêmement rare chez les nègres.

Il nous semble inutile d'insister ici sur l'absence de toute prédisposition nerveuse chez ces individus. Il faut bien que les sujets de race nègre possèdent une acuité sensitive rudimentaire pour que certains d'entre eux arrivent à subir les corrections du fouet avec indifférence.

Mais la fréquence des maladies nerveuses semble peu a peu augmenter depuis que les nègres affranchis de l'esclavage se sont frottés à notre civilisation.

En 1895, M. Cullerre, analysant un travail du Dr Berkley, de l'asile de Baltimore, nous apprenait que la paralysie générale n'était plus inconnue chez les nègres des Etats-Unis et qu'ils s'efforçaient peu à peu d'atteindre notre niveau en véritables adeptes de la civilisation.

William Burr, recherchant la fréquence du tabes chez les mulâtres, trouve que cette affection est déjà beaucoup moins rare que chez les nègres. Ici encore, la tendance aux tares névropathiques, déjà plus accusées chez les métis, comme nous l'apprenait récemment le Dr Franco da Rocha, directeur d'un asile d'aliénés du Brésil, donne l'explication de la plus grande fréquence du tabes chez les individus de race croisée.

Enfin, pour compléter cette étude sur la fréquence de l'ataxie locomotrice dans les diverses races, donnons ici l'opinion qu'émettait, il y a quelques mois, un autre médecin américain à propos de l'absence du tabes chez les Japonais :

« Le Dr Albert S. Ashmead *(Journal de l'Association médicale américaine)*, revenant sur les recherches du Dr Erb, se demande comment le professeur allemand pourrait expliquer ce fait, qu'au Japon le tabes est inconnu. Depuis trois cents ans cependant la syphilis fait ses ravages dans la population et on n'a jamais rencontré l'ataxie locomotrice ».

L'auteur, dans une clinique de maladies vénériennes où il a vu traiter plus de 10.000 syphilitiques, n'a pas rencontré un seul cas de tabes.

Il ajoute que parmi les médecins indigènes aucun n'a jamais vu ni connu un seul tabétique.

Si, comme le rapporte le Dr Ashmead, le tabes est d'une telle rareté chez les Japonais, nous nous trouvons en présence d'une race apparemment réfractaire.

Maintenant la maladie est-elle totalement absente ? C'est ce que le seul rapport de M. Ashmead ne permet pas d'affirmer. Le milieu vénérien où il a fait ses recherches ne nous semble pas précisément indiqué pour étudier la présence de l'ataxie locomotrice ; un sujet ne va pas à une clinique de maladies vénériennes pour consulter sur l'existence de troubles nerveux. D'autre part, les tabétiques ont assez rarement des lésions tertiaires ; en tous cas, ces accidents ne coïncident que rarement avec les premiers symptômes de l'ataxie.

Seule, en résumé, une enquête dans une clinique de maladies générales ou névropathiques pourrait nous renseigner sur l'absence absolue du tabes au Japon.

A un autre point de vue, il n'est pas douteux que les Japonais soient encore assez éloignés de nous au point de vue nerveux. Ce ne sont que des « tard-venus » à la civilisation et, il y a une cinquantaine d'années, les sujets de l'empire du Japon n'étaient guère différents de leurs cousins du Céleste-Empire. Or, si nous n'avons pu trouver de renseignements concernant la prédisposition nerveuse des Japonais, on sait depuis longtemps que les Chinois ont très peu de tendance aux maladies mentales. Le Dr Ern Martin, qui a publié la traduction du *Si-yuen-lu*, ouvrage de médecine légale et de jurisprudence médicale de nos confrères

de l'empire du Milieu, donnait les détails suivants sur l'existence des troubles mentaux en Chine :

« — Dans aucun endroit du *Si-yuen-lu*, il n'est question des expertises auxquelles peut donner lieu l'aliénation mentale soit dans ses rapports avec la criminalité, soit au sujet de faits ressortissant à la jurisprudence civile, telles que successions, interdictions, etc., etc.

« Cette affection, qui chez les nations européennes fait chaque jour des progrès, est fort rare en Chine ; cela tient sans doute en grande partie à la fixité de la constitution politique et à l'absence de luttes religieuses qui sont une source si féconde de perturbations mentales.

« Les exemples que l'on rencontre tiennent soit à l'usage des alcools, et dans ce cas ils ne se voient guère en dehors des ports de commerce, là où existe le contact avec les étrangers, soit à l'usage de l'opium qui s'accroit d'une façon inquiétante pour l'avenir de la race.

« Quant aux névroses spéciales à la femme chez les nations européennes, on les rencontre très rarement en Chine. »

Il est à supposer que le système nerveux de tous les représentants de la race jaune n'offre pas de variation bien sensible d'un individu à l'autre ; ainsi les Japonais qui étaient sur le même pied de civilisation que les Chinois il y a cinquante ans, ne doivent pas avoir une susceptibilité nerveuse de beaucoup supérieure à celle des habitants du Céleste-Empire.

Il est vrai qu'on pourrait invoquer qu'ils ne sont pas dénués d'intelligence et de sentiments artistiques, mais quand on songe à la patience dont ils faisaient preuve dans la confection de leurs délicieux objets, on se demande si beaucoup de nos artistes névrosés auraient pu apporter une aussi longue attention, mettre autant de temps et de minutie dans l'exécution de leurs œuvres. Le système nerveux des Japonais doit être en quelque sorte l'analogue de celui de nos ancêtres du Moyen-Age ou de la Renaissance, temps où les artistes ne manquaient pas cependant et où la neurasthénie, l'hypocondrie, n'avaient pas encore pris l'extension actuelle.

D'ailleurs il n'y a pas besoin d'aller en Extrême-Orient pour trouver des races réfractaires au tabes. Certains peuples européens semblent être doués d'une sorte d'immunité contre la sclérose des cordons postérieurs.

Le Dr Glück, médecin en chef de l'hôpital de Sarajewo (Turquie d'Europe) écrivait en 1896 un article où il s'élevait énergiquement contre l'opinion des auteurs qui considèrent le tabes comme étant d'origine syphilitique ou une affection post ou para-syphilitique. Nous en extrayons quelques passages :

« A tout ce qui a été dit par les adversaires de cette école (tabes sans antécédents spécifiques, tabétiques ayant contracté la syphilis, inefficacité du traitement spécifique) j'ajoute la conclusion de mon expérience personnelle et celle de quatre de mes collègues (Drs Wodynsky, Fischer, Grünhat et Saidenfeld).

« Nous avons exercé, mes collègues pendant huit à douze ans, moi pendant une quinzaine d'années, dans les provinces de Bosnie et Herzégovine, pays où la syphilis atteint une fréquence incroyable.

« Nous observions fréquemment des foyers où la population était presque entièrement infectée; de plus il s'agissait le plus souvent de syphilis invétérée, peu ou pas du tout traitée, offrant toutes les manifestations possible du tertiarisme.

« Nous avons vu, entre autres, nombre d'affections syphilitiques du système nerveux central, *mais jamais moi ni mes collègues n'avons observé un seul cas de tabes.* »

De la Glück conclut que « la syphilis peut peut-être agir comme un des éléments étiologiques occasionnels du tabes, mais la dégénérescence grise des cordons postérieurs, expression anatomique du tableau clinique du tabes, n'est jamais d'origine syphilitique. »

Nous n'essaierons pas de réfuter à nouveau cette conclusion dont nous avons montré précédement le défaut de justesse.

Il ne suffit pas que la syphilis existe à profusion dans un pays pour qu'aussitôt on doive y constater le tabes; le système nerveux des indigènes doit en outre être doué d'une susceptibilité spéciale vis-à-vis du virus syphilitique.

Si les accidents tertiaires sont graves cela ne prouve qu'une chose, c'est que les habitants de la Bosnie et de l'Herzégovine ne sont pas assez soigneux de leur personne pour songer à se traiter. Ils manquent de cette préoccupation de l'hygiène qu'apporte la civili-

sation. Aussi doivent-ils manquer également des tares névropathiques si fréquentes chez les autres Européens plus avancés en civilisation, mais en revanche moins souvent tertiaires.

En somme, cette investigation chez des peuples divers et dans des races variées nous montre que la syphilis n'a pas le pouvoir de créer toujours à elle seule l'ataxie locomotrice.

Si dans un petit nombre de cas, chez des individus non prédisposés, le tabes peut apparaître consécutivement à l'infection spécifique, en temps ordinaire cette maladie ne se produira que chez des sujets doués d'une susceptibilité nerveuse plus particulièrement aiguisée. La rareté de l'ataxie locomotrice chez les individus à système nerveux grossier, doués d'une acuité sensitive rudimentaire, confirme donc absolument l'opinion du professeur Pierret.

Mais il ne faut pas confondre terrain et graine ; un sujet ne sera pas en puissance de tabes par le seul fait de l'hérédité nerveuse, comme le voulait le professeur Charcot. Ce ne sera pas, en un mot, une diathèse comparable au diabète ou à la goutte, n'attendant pour apparaître qu'une cause occasionnelle favorable. Non, un individu d'une prédisposition nerveuse si marquée qu'elle soit n'aura guère chance de devenir tabétique s'il n'est en même temps syphilitique. En revanche, dès qu'il aura contracté la vérole ce sera un candidat à l'ataxie locomotrice progressive.

Quant à certaines causes dont on a voulu faire le point de départ du tabes, comme les excès sexuels, le coït debout, il ne faut les considérer, selon nous, que

comme des abus consécutifs à l'excitation nerveuse, à la susceptibilité génésique si développée chez les névropathes. Si de nombreux tabétiques ont commis autrefois des excès sexuels, c'est parce que le tabes évolue plus spécialement dans le milieu des névrosés.

« On verse toujours du côté où l'on penche », a dit Peter.

Ainsi peut se comprendre la présence fréquente des excès sexuels chez les tabétiques, sans qu'on soit obligé d'en faire la cause fondamentale de l'ataxie.

Les traumatismes, le froid, le surmenage ne paraissent également jouer un rôle dans la genèse du tabes que si les individus malades sont des syphilitiques. En résumé, l'infection spécifique : voilà la cause primordiale.

Maintenant a-t-on le droit d'être absolu et d'admettre que, toujours, le tabes est d'origine syphilitique? Cette conclusion est assurément simple et séduisante. Mais il faut songer que la médecine, est parmi toutes les sciences, la moins mathématique comme le disait souvent notre maître, le professeur Lépine.

Or, si l'on tient compte de ce que le tabes n'est pas de nature syphilitique, mais que c'est une affection surajoutée, parallèle à l'infection spécifique, on ne peut raisonner à son point de vue comme on le ferait de microbe à septicémie.

Fournier a comparé la sclérose des cordons postérieurs succédant à la syphilis avec les taches pigmentaires qui constituent également des troubles « para-syphilitiques ».

Mais les macules pigmentées ne sont pas spéciales à la syphilis ; on en trouve aussi dans la grossesse. Le professeur de l'hôpital St-Louis avoue même avoir vu certains cas où le diagnostic différentiel fondé sur le simple examen des troubles de pigmentation eut été impossible sans les anamnestiques.

Il n'est donc pas impossible que d'autres intoxications puissent éventuellement créer dans la moelle une affection similaire ou identique à la sclérose des cordons postérieurs.

On a imaginé pour ce fait le mot de *pseudo-tabes*.

C'est une façon peut-être un peu voulue de créer une division et nous rappellerons le mot connu de M. Pierret : « Il n'y a pas de pseudo-affections, il n'y a que de pseudo-diagnostics ».

Ces restrictions admises, il faut reconnaître que seul un poison très actif, une intoxication de longue durée, peut donner naissance à des lésions aussi prononcées que celles du tabes. Or, aucun toxique n'a la persistance ni la nocivité du virus syphilitique. Aucune diathèse, aucune maladie chronique ne laisse chez les descendants de pareilles traces de sa présence. Quand après ces considérations, on remarque la fréquence de la syphilis chez les tabétiques et qu'on fait la part des syphilis ignorées, on est bien forcé de s'avouer que le tabes d'origine non syphilitique ne peut être qu'exceptionnel.

CHAPITRE VIII

LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DANS LE TABES

Les essais thérapeutiques tentés contre le tabes ont découragé jusqu'ici beaucoup de cliniciens. On pouvait espérer que le traitement mercuriel et ioduré ferait merveille dans une affection presque toujours d'origine syphilitique ; mais la sclérose des cordons postérieurs semble demeurer réfractaire à la médication spécifique. Bien mieux, le mercure aggrave parfois considérablement le tabes.

Aussi, en raison de ces insuccès, certains auteurs ne mentionnent-ils plus le traitement anti-syphilitique que pour mémoire.

Il est incontestable que la syphilis n'agit pas seule dans la genèse de l'ataxie. Dès que le virus spécifique s'est introduit dans l'organisme, il s'allie à toutes les autres causes débilitantes du système nerveux et paraît pour ainsi dire ouvrir la porte, faciliter le chemin aux intoxications. Cette collaboration de plusieurs influences nocives, cette cumulation des efforts des poisons variés se montre très clairement dans quelques-uns des cas que nous avons observés. Une autre étude, très documentée, faite par le Dr Cuzin sous

l'inspiration du professeur Pierret, renferme aussi de nombreuses preuves de cette action pernicieuse de toutes les intoxications quelles qu'elles soient. S'il en est ainsi, comment peut-on demander au seul traitement mercuriel de venir à bout de tous les poisons qui souillent l'organisme ? En admettant qu'il puisse combattre le virus ou la toxine syphilitique il n'empêchera pas l'action des autres toxiques de continuer.

On comprend alors que la méthode qui consiste à prescrire une hygiène sévère dans le tabes, à lutter contre les poisons *exogènes*, tels que l'olcoolisme, les intoxications ; à prévenir l'action des poisons *endogènes*, tels que les fermentations d'un estomac dilaté, une sécrétion biliaire exagérée ou une constipation opiniâtre sont d'une importance presque égale à celle du traitement mercuriel. Aussi croyons-nous avec M. Pierret qu'il ne faut en aucune façon négliger les indications thérapeutiques résultant de ces diverses causes.

Mais on ne doit pas pour cela abandonner complètement le mercure ; si son action ne se fait ressentir qu'après une période parfois un peu longue, il n'y a pas lieu de se décourager. Une loi d'application, à peu près générale, veut qu'en médecine une affection chronique ne s'améliore que par un traitement également chronique. Le tabes ne peut faire exception sous prétexte qu'il est d'origine syphilitique. D'autre part, attendre des miracles de la méthode hydrargirique, exiger du mercure la *restitutio ad integrum* des éléments nerveux est aussi trop demander. Si

l'on songe que dans les lésions tertiaires cutanées, la médication spécifique ne provoque après tout qu'une réparation cicatricielle, la guérison susceptible d'être obtenue dans la sclérose des cordons postérieurs, sera de même une cicatrice.

Or, savons-nous ce qu'est la cicatrice nerveuse d'une lésion parenchymateuse de la moëlle? Si nous en jugeons par analogie avec les cicatrices tertiaires cutanées, le tissu nerveux aura perdu une grande partie de ses propriétés. La peau qui a réparé un accident tertiaire est gaufrée, pigmentée, elle est glabre, les glandes sebacées ou sudorales sont absentes; en outre la sensibilité à ce niveau est modifiée, le chaud et le froid sont mal perçus, la piqûre est mal ressentie; si autant de troubles résultent de la guérison d'une plaie cutanée, autrement profonds seront les désordres consécutifs à la cicatrisation d'éléments nerveux.

Pour sauvegarder l'organisme contre des lésions trop étendues, il est donc nécessaire d'agir vite. Constamment, l'attention devra être tenue en éveil pour permettre le diagnostic précoce des divers symptômes de la période præ-ataxique. Fournier, qui a si bien décrit les signes avant-coureurs du tabes a longuement insisté sur l'efficacité du mercure à cette époque. M. Cordier, nous a souvent affirmé également qu'il avait pu prévenir une foule de cas de tabes à leur début.

Maintenant quelle méthode de traitement employer. Il n'y a que le choix ; cependant tous les auteurs semblent d'accord pour instituer une médication énergique avec frictions.

Gilles de la Tourette, dans sa clinique thérapeutique dit : « Charcot enseignait que le traitement spécifique n'exerce pas d'action, voir même lorsqu'il s'applique à des sujets syphilitiques. Pour Fournier, le traitement spécifique agit, mais son action ne s'exerce pas directement à l'instar de ce qui existe pour les syphilitiques proprement dit. Erb est plus affirmatif : la thérapeutique de choix dans le tabes, consiste dans le traitement mercuriel et ioduré.

« Je laisse de côté ici les cas où, aux lieu et place du tabes vrai, on se trouve en face de ces myélites à forme pseudo-tabétique justiciables de la thérapeutique mercurielle et iodurée, pour me placer vis à vis du grand nombre de tabes avérés à diagnostic non douteux, qu'on est si souvent appelé à traiter chez les syphilitiques. Mon opinion est celle de mon maître, le professeur Fournier. Comme lui, je crois qu'en présence d'un tabes et surtout d'un tabes au début, il faut d'emblée, et sans hésiter, recourir au traitement mercuriel et ioduré ; j'ajouterai, même si le sujet n'est pas syphilitique.

« Le mercure et l'iodure sont des médicaments puissants, à longue portée. Il ne faut pas hésiter à s'en servir. Bien entendu on en usera avec prudence car ils ne sont pas toujours inoffensifs, surtout à doses élevées.

« Mais, ce faisant, je suis persuadé pour ma part qu'on peut obtenir de bons résultats du traitement surtout au début du tabes ».

Gilles de la Tourette conseille de procéder de la façon suivante : « Vingt frictions avec 4 grammes d'on-

guent mercuriel double, laisser un repos de dix à vingt jours, puis reprendre quinze ou vingt nouvelles frictions.

« Pendant toute la durée de ces deux périodes de frictions, donner sans interruption, même pendant le temps intercalaire, l'iodure à dose progressivement croissante, 4, 5 et 6 grammes par jour ».

Pour Erb : « Le traitement anti-syphilitique est indiqué dans les conditions suivantes : 1° Au début de l'affection spinale, quand la syphilis ne remonte pas à une période trop éloignée ; 2° lorsqu'il existe encore des manifestations syphilitiques ; enfin chez les sujets soumis à l'époque de leur vérole à une médication spécifique insuffisante.

« La médication spécifique est contre-indiquée dans les cas de tabes invétéré et chez tous ceux qui présentent de l'intolérance à l'égard du mercure et de l'iodure ».

Comme traitement, Erb donne la préférence aux frictions à la dose quotidienne de 4 à 6 grammes d'onguent napolitain.

Après un régime de trente à quarante jours on suspend le traitement pour y revenir au bout d'un intervalle de quatre mois à un an. Dans les intervalles du traitement mercuriel, il conseille l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. 50 à 4 grammes par jour. Ce dernier médicament est particulièrement indiqué quand il y a des douleurs fulgurantes, des névrites périphériques et enfin dans les cas compliqués de manifestations syphilitiques tertiaires.

Pour terminer, nous donnerons l'avis de nos maîtres lyonnais qui, fréquemment, ont eu à se louer du traitement spécifique.

Dans une de ses leçons, le professeur Augagneur, chirurgien-major de l'hospice de l'Antiquaille, s'exprimait en ces termes :

« L'ataxie locomotrice est, pour moi, toujours d'origine syphilitique. Si, chez certains tabétiques, les antécédents spécifiques paraissent manquer, il ne faut en aucune façon conclure de ce fait à l'absence de la syphilis.

« Tous les jours nous voyons disparaître, par le traitement spécifique, des gommes, des ulcérations cutanées chez des sujets qui nient catégoriquement la vérole. Ces malades semblent posséder un passé indemne de tout soupçon et cependant le mercure et l'iodure arrivent à fondre merveilleusement le contenu de ces gommes, à cicatriser en quelques jours leurs plaies cutanées.

« Dans le tabes comme dans toutes les affections où la syphilis joue un rôle, le traitement spécifique doit être appliqué. S'il n'a pas toujours été souverain, je puis dire que son action m'a constamment donné certains résultats. Ces résultats ont été d'autant plus nets que l'application des remèdes a été commencée à une période plus voisine de l'époque du début.

« Mais si l'on veut attendre quelques bénéfices de la thérapeutique spécifique, il faut procéder à une médication très longtemps prolongée.

« Je donne la préférence au traitement mixte, à la fois mercuriel et ioduré. Les quinze premiers jours du mois j'ai recours à des frictions quotidiennes avec trois ou quatre grammes d'onguent napolitain. Pendant les dix jours suivants le malade doit absorber de trois à quatre grammes d'iodure de potassium. Enfin les cinq derniers jours sont consacrés au repos et le traitement est interrompu.

« Grâce à l'application consciencieuse et persistante de cette méthode, j'ai obtenu certains succès qui montrent son efficacité. Je ne vous donnerai que l'observation de trois de mes malades dont l'histoire est actuellement présente à ma mémoire.

« Un malade alcoolique, noceur, que j'avais dû soigner pour un chancre syphilitique et des accidents secondaires, vint me trouver dix ans après. Il avait 23 ans à ce moment et se plaignait de douleurs fulgurantes intolérables et fréquentes. L'incoordination motrice était accusée et l'incontinence d'urine fréquente.

« Tous les signes du tabes étaient d'ailleurs évidents. Signe de Romberg, signe de Westphal, signe d'Argill étaient tous très nets.

« Je le soumets au traitement mercuriel indiqué plus haut.

« Après six mois, les douleurs fulgurantes ont totalement disparues ; l'incoordination motrice n'existe plus que la nuit et le signe de Romberg manque totalement.

« Au bout d'un an cette amélioration s'est maintenue et il eut peut-être échappé aux progrès du

tabes si un cancer du mésentère n'était venu l'emporter.

« Autre exemple :

« Un homme de 40 ans, syphilitique depuis vingt ans, ataxique depuis six ans, éprouvait des douleurs fulgurantes violentes et était sujet à des crises gastriques graves accompagnées d'hématémèses. L'incoordination motrice était poussée à un degré tel qu'il ne pouvait plus sortir de chez lui depuis un an. A peine si quelques pas dans sa chambre étaient possibles. A cela joignez des troubles alternatifs d'incontinence et de rétention urinaires et tous les signes classiques du tabes.

« Le malade se plaignait principalement des crises gastriques qui revenaient tous les deux ou trois mois et duraient huit ou dix jours. Cela depuis trois ans.

« Appelé auprès de lui au moment d'une hématémèse, je m'empresse de lui prescrire le traitement dont je vous ai parlé et je fais interrompre les piqûres de morphine auxquelles il avait recours depuis un an (1895).

« Après six mois de traitement il peut revenir chez moi, appuyé sur deux hommes et monter un étage. Les crises gastriques ne se sont pas reproduites, il n'y a plus d'incontinence d'urine, les douleurs fulgurantes sont devenues très faibles.

« Trois ans plus tard, en 1898, après un traitement continu, les douleurs fulgurantes ont disparu, les crises gastriques ne se sont plus remontrées, le ma-

lade a repris 14 kilogrammes. Il marche seul avec une canne et est allé s'établir à la campagne où il reste debout toute la journée.

« Ainsi vous voyez l'amélioration considérable obtenue chez ce malade, qui paraissait ne plus devoir recourir qu'à la morphine.

« Enfin je vous citerai en dernier lieu le cas d'un malade que je traitais encore récemment et qui a dû au traitement spécifique la possibilité de reprendre sa profession interrompue.

« En 1896, un employé du chemin de fer vient me voir, se plaignant de crises gastriques répétées. Syphilitique depuis près de quinze ans, certains symptômes accusés par le malade, me font aussitôt penser au tabes. Il est atteint d'incontinence d'urine et l'impuissance est presque absolue.

« Un examen plus complet me fait découvrir une légère incoordination, le signe de Romberg et le signe de Westphal.

« Les troubles de l'équilibre et l'incoordination motrice, surtout marquée la nuit, l'avaient obligé à prendre un congé.

« Après six mois de traitement, ce malade a pu reprendre sa profession et tous les symptômes s'étaient considérablement amendés.

« Depuis il a continué le traitement un mois sur deux, et aujourd'hui on constate encore le signe de Westphal, le signe de Romberg, mais les crises gastriques n'ont pas reparues et l'incoordination n'existe presque plus.

« La conclusion que je crois devoir tirer de ces divers faits et celle qui résulte de mon expérience personnelle montre qu'on doit toujours avoir recours au traitement mercuriel. Assurément il serait dangereux d'appliquer la thérapeutique spécifique chez un tabétique déjà avancé, mais ici comme chez tout malade cachectique, que ce soit un cancéreux, un cardiaque ou un brygthique, toute médication active est contre-indiquée. Les tabétiques ne font donc pas exception à la règle.

« Au point de vue des avantages du traitement je suis persuadé qu'il a une action certaine sur les crises gastriques, les douleurs fulgurantes et qu'il peut atténuer notablement l'incoordination. »

Nous ne chercherons pas à insister d'avantage sur l'efficacité de la thérapeutique spécifique. Notre professeur a montré mieux que nous ne saurions le faire tous les avantages du traitement.

Mettre en œuvre l'action du mercure et de l'iodure combinés, joindre à cette médication la méthode thérapeutique préconisée par le Dr Pierret, c'est-à-dire lutter contre les intoxications variées, nous semble la meilleure conduite à tenir pour enrayer la marche trop rapide de l'ataxie locomotrice progressive.

CONCLUSIONS

I. — L'absence d'antécédents spécifiques ne se rencontre pas avec plus de fréquence chez les tabétiques, que chez des sujets atteints d'accidents tertiaires avérés.

II. — Dans la classe modeste de la société, le tabes est presque aussi commun chez la femme que chez l'homme et, en tous cas, beaucoup plus fréquent que chez les femmes de la classe aisée.

III. — Presque tous les cas de tabes infantiles connus ont été constatés chez des enfants issus de parents syphilitiques.

IV. — De ces divers faits on peut conclure, à notre avis, que le tabes d'origine non spécifique ne peut être qu'exceptionnel.

V. — Pour devenir tabétique deux conditions paraissent presque indispensable : être syphilitique d'abord, avoir une prédisposion nerveuse marquée, ensuite.

VI. — Dès qu'un malade nerveux aura pris la syphilis, il deviendra aussitôt en puissance du tabes

et toutes les causes dépressives auxquelles il aura été exposé collaboreront avec la syphilis pour produire l'ataxie locomotrice progressive.

VII. — La rareté du tabes dans certaines races très contaminées par la syphilis prouve que cette affection à besoin d'une prédisposition nerveuse spéciale pour se développer ; mais elle ne prouve pas que l'infection spécifique ne soit pas l'origine du tabes. L'ataxie locomotrice cesse au contraire de se produire chez les individus les plus nerveux, lorsqu'ils sont indemnes de syphilis.

VIII. — Le traitement spécifique a une action manifeste sur le tabes et, appliqué au début de la maladie, il donne des résultats très satisfaisants. On ne doit cependant pas se confier uniquement à son action et tous les principes d'une hygiène sévère devront être également mis en œuvre.

Vu :
Le Président de la Thèse,
LÉPINE.

Vu :
Le Doyen,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Tous les ouvrages dont le nom d'auteur est précédé d'une astérisque ont été lus ou parcourus

1858-59 * **Duchenne de Boulogne.** — De l'ataxie locomotrice. (*Archives générales de médecine*, t. I., p. 439).

1862 **Marius Carre.** — *De l'ataxie locomotrice progressive*, (Thèse de Paris).

1863 **Eisenmann.** — *Die Bewegungsataxie.*

Leyden. — Die graue degeneration der hinteren Rückenmarksstrange. (*Traité des maladies de la moelle épinière.*)

1864 * **Paul Topinard.** — *De l'ataxie locomotrice.* — (Traité p. 365).

1865 * **Marius Carre.** — *Nouvelles recherches sur l'ataxie locomotrice progressive.* (p. 249).

1874 **Broabdent.** — *De l'ataxie locomotrice progressive.*

1875 **Charcot.** — *Maladies du système nerveux.*

* **A. Fournier.** — Leçons professées à l'hôpital de Lourcines recueillies par F. Dreyfous et publiées par A. Doyon. (*Ann. de Dermat. et Syphil.* (t. VII, p. 187).

1877 **Althaus.** — *Diseases of the nervous system.*

1878 **Drysdale.** — Communication à la Société de médecine de Londres sur l'origine syphilitique du tabes.

* **Hardy.** — Clinique sur les rapports de la syphilis et du tabes, 26 juillet. (Critique en *Thèse d'agrégation de Chaucet*).

1879 **Berger.** — *Zür œtiologie des tabes dorsalis* (Breslau 1879).

Erb. — *Tabes und syphilis.* (*Ziemssens Handbuch*).

Ferry. — *Recherches sur l'étiologie du Tabes.* (Th. Paris).

Gesennius — *Beitrage zür Ætiologie, symptomatologie und diagnostic des tabes dorsalis.* (Thèse).

1879 **Hammond**. — *Traité des maladies du système nerveux.*

* **Julliard**. — *Lésions médullaires de la syphilis*. (Th. de Lyon).

* **Petit**. — Le traumatisme comme origine de l'ataxie locomotrice progressive. (*Revue mens. de méd. et de chirurgie*).

* **Vulpian**. — *Traité des maladies du système nerveux.* (Article Tabes).

1880 * **Chauvet**. — *Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux.* (Th. d'agrégation).

Meyer Lothar. — Statistique sur l'étiologie du tabes chez la femme. (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, p. 252).

* **Jumon**. — *Les syphilis ignorées.* (Thèse de Paris).

1881 * **Gowers**. — Syphilis et ataxie locomatrice. (*The lancet.* 15 janvier).

1882 * **A. Fournier**. — *De l'ataxie locomotrice d'origine spécifique.*

Guelliot. — Influence de la machine à coudre dans l'étiologie du tabes. (*Union médicale*, n° 2, 3, 4)

Weber. — Tabes et machine a coudre. (*The Boston medic. Journal.*)

Buzzard. — Clinical lecture on the association of tabes dorsalis with syphilis. (*The lancet*, 1882, 10 juin.)

1883 * **Byrom-Bramwel**. — *Traité des maladies du système nerveux* (traduit de l'anglais par Pompinel et Thoinot. *Article tabes*).

Erb. — L'origine syphilitique du tabes chez la femme. (*Berliner klin. Wochenschr.* p. 483.)

Bernhardt. — La syphilis et le tabes, plus spécialement chez la femme. (*Centralblatt. f. Nervenheilk.* p. 457).

1884 **Fournier**. — Tabes à debut génital. (*Semaine médicale*)

* **Oppenheim**. — L'etiologie du tabes dorsal. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde*, p. 150.) — Résumé in. (*Ann. médico-psycholog.*, 1884, t. XI, p. 336.)

* **Féré**. — La famille nevropathique. (*Arch de Neurologie*, t. VII, p. 224.)

* **Ballet et Landouzy**. — L'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive. (*Ann. médico-psychologiques*, t. XI, p. 29.)

1885 * **Fournier**. — *La période præ-ataxique du tabes. Pièces justificatives au sujet de l'étiologie du tabes*, p. 319.

1885 * **Minor.** — Rapports de la syphilis et du tabes étudié par une statistique comparative chez les Israélites et les Russes. (*Arch. de Neurologie*, t. IX et X.)

Landouzy et Ballet. — Tabes et syphilis. (*Progrès médical*).

* **Raymond.** — Tabes dorsalis in *Dictionnaire des sciences médicales*.

1886 **Kirstein.** — *Etiologie du tabes dorsalis.* (Thèse Berlin).

Pietersen. — On the étiologie of tabes dorsalis. (*The journal of menthal science.*)

* **Strauss.** — Sur la localisation dans le tabes dorsalis. (*Arch. de physiologie.*)

Strümpell. — Quelques remarques sur les rapports entre le tabes et la paralysie générale d'un côté et le tabes de l'autre. (*Neurolog. Centralbl.*)

1887 **Fournier.** — *Le tâbes hérédo-syphilitique.*

* **P. Berbez.** — Tabes précoce et hérédité nerveuse. (*Progrès médical*, t. VI. N° 30, p. 59.)

* **Féré.** — Des troubles urinaires dans l'ataxie locomotrice et les maladies du système nerveux. (*Arch. de Neurologie,* t. VII. p. 224).

* **Lavallée.** — Des causes du tabes, fatigues corporelles, surmenage, etc. (*Union médicale*, p. 963).

Nægeli. — Statistique sur les rapports de la syphilis et du tabes. (*Inaugural dissertation. Zurich.*)

* **J. Teissier.** — L'étiologie du tabes dorsal. (*Province médicale*, p. 129.)

Rumpf. — Statistique sur l'étiologie du tabes (*Deutsche médicinische Wochenschr*, n° 36.)

1888 * **Charcot.** — *Cliniques du Mardi*, t. I et II.

Feldheim. — *Etiologie du tabes dorsalis.* (Thèse de Hambourg.)

* **Hoffmann.** — Considérations relatives à l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique du tabes dorsal. (*Arch. f. Psychiatrie*, t. XIX, p. 438.)

Minor. — Contribution à l'études de l'étiologie du tabes. (*Wjestnik Psychiatri i Nevropathologii.*)

* **Stephan.** — Publication hollandaise sur les rapports de de la syphilis et du tabes (*in Weckblatt van het Nederland Tijdschr Geneesk*, n° 51).

Strümpell. — Progressive Paralyse mit Tabes bei einem 13 jæhrigen Mædchen. (*Neurologisches Centralblatt*, n. 5, p. 122.)

1889 * **Leloir.** — Observation d'un chancre syphilitique chez un tabétique. (*Congrès de dermatol. et syphiligraphie de Paris.*)

* **Minor.** — Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes. (*Arch. de Neurol.*, t. XVIII.)

1890 * **Bernhardt.** — Contribution à l'étiologie du tabes. (*Neurologisches Centralblatt.*) — Analyse in (*Ann. médico-psychol.*, 1893, t. XVIII, p. 475.)

Strümpell. — Sur la nature et le traitement du tabes. (*Munch. med. Wochensch.*)

Berger. — La théorie du tabes. (*Revue de Médecine*, p. 212-240.)

Klemperer. — Sur l'influence du traumatisme dans le tabes. Statistique. (*Zeitsch. f. Kl. Medic.*, t. XVII, fasc. 1 et 2.)

1891 * **Erb.** — Zùr ætiologie des tabes. (*Berliner klin Wochensch.* (20 et 27 juillet).

Fournier. — *L'hérédité syphilitique.* (Leçons recueillies par le Dr Portallier).

Goldflam. — Clinical lecture of étiologie tabes dorsalis (*Deutsch. Zeitschr. für. Nerv.* p. 247).

* **Minor.** — *Etiologie du tabes.* (Société des neuropath. et psych. de l'Université de Moscou. 20 sept.).

1892 **Buzzard.** — *Traité des maladies du système nerveux.* (Article tabes).

* **P Marie.** — *Leçons sur les maladies de la moelle épinière*, p. 311 - 322.

* **Mauriac.** — Etude sur le pronostic de la Syphilis. (*Arch. générales de médecine*).

* **Minor.** — Contribution à la statistique du tabes syphilitique. (*Neurolog. Centralblatt*).

1893 **C.-W. Burr.** — The frequency of locomotor ataxie in negroes (*Journal ofmenthal and nervous diseases*).

P.-J. Mobius. — Du tabes chez la femme. (Uber Tabes bei Weibern. — *Centralbl. f. Nervenheilkunde*, p. 401).

* **Nageotte.** — *Tabes et paralysie générale.* (Th. Paris).

Friedrich-Friedrich-en. — *Le Tabes chez la femme.* (Th. de Berlin).

* **Govvers.** — Syphilis et système nerveux. (*The Journal of Menthal Science.* (Vol. XXXIX, p. 418).

Rouffilange. — *Contribution à l'étude du tabes et de l'hystérie.* (Th. Paris).

1893 * **Morel-Lavallée**. — La syphilis à virus nerveux dans la détermination du tabes. (*Progrès médical*).

* **Raymond**. — Etiologie du tabes dorsal. (*Progrès médical*, p. 449).

* **Dinkler**. — Sur la valeur du traitement mercuriel dans l'ataxie locomotrice (Ueber die Bedeutung und die Wirkung der Queck silbercuren bei tabes dorsalis). *Berlin klin. Wochensch*, p. 347. N° 15 et 20.

* **Fournier** — Leçon sur le tabes et la paralysie générale. (*Bulletin médical*. N° 46, p. 541).

* **Isaac**. — Syphilis et tabes. (*Analyse in Revue Neurolog*. N° 17, p. 484.)

P. Block. — Epilepsie, syphilis et tabes. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*. N° 33, p. 519).

1894 * **Bereni**. — *Recherches statistiques et critiques sur l'étiologie du tabes*. (Thèse Bordeaux).

Borgherini. — Etiologia della tabe dorsale. Statistique. (*Revue de Neurol*. t. II, p. 277).

* **Darier**. — Article tabes in *Manuel de médecine Debove et Achard*.

* **Edinger**. — Nouvelle théorie sur les causes de quelques maladies nerveuses, particulièrement de la névrite et du tabes. (*Revue Neurol*, t. II).

* **Fournier**. — *Les affections para-syphilitiques*. Article tabes.

* **Lagoudaky**. — *Syphilis et ses rapports avec le tabes*. (Th. Paris).

* **Raymond**.—*Maladies du système nerveux*. Article tabes, p. 134-274.

1895 * **Minor**. — Nouvelle recherche statistique sur les rapports de la syphilis et du tabes. (*Ann. médico-psycholog.*, t. II).

1896 * **Erb**. — Syphilis et tabes. (*Berl. Kl. Woch*. N° 11. *Revue Neurol*. t. IV, p. 307).

* **Glück** — Tabes dorsalis et syphilis. (*Viener Medic. Wochensch.*) *Rev. Neur*. t. IV, p. 339.

* **Storbeick**. — Tabes dorsalis et syphilis. *Zeits f. kl Medic*. t. XXIX, p. 140. (*Rev. Neur.*, t. IV).

* **Vires**. — *Association de l'hystérie avec l'ataxie locom. progress* (Th. de Montpellier).

1897 * **Borgherini**. — Quelques observations sur la pathogénie et l'étiologie du tabes. (*Rev. Neur*. t. V, p. 517).

* **Eichhorst**. — Article tabes in *Traité de Médecine*.

1897 **Mobius**. — Tabes dorsalis. (*In Twentieth century practice of medic*, vol. XI.) — (*Rev. Neur.* 1899.)

* **Raymond**. — Tabes juvénile et tabes héréditaire. *Traité des maladies du Syst, nerveux*. p. 383.

* **Trempowski**. — Zur ætiologie und symptomatologie des tabes dorsalis. (Deutsche Zeitsch. für Nervenheilk, p. 467.)-- (*Rev. Neur.*, t. V, n° 15.)

* **Golzinguer**. — La syphilis en Abyssinie. (*Province médicale*, p. 487). — (*Rev. Neur.*, t. VI.)

* **Orchansky**. — De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions organiques du système nerveux chez les syphilitiques. (*Revue Neural*, t. V, n° 21).

* **Congrès de Moscou**. — Communications du Dr Pierret, du Dr A. Raïchlaïne, du Dr Grasset, du Dr Obersteiner.

1898 * **Kende**. — *Sur l'étiologie du tabes*. (Société de médecine de Budapest, 1898). (*Zeitsch, f. kl. Medic. 1899*).

* **Kuhsn**. — Sur la fréquence de la syphilis dans les antécédents des tabétiques et des non tabétiques. *Arch. f. Psychiatrie XXX*, fasc. 3).

* **Kron**. — Le tabes dorsal chez la femme. (*Deutsch Zeitsch. f. Nervenheilkunde*, t. XII, p. 319).

* **Sarbo**. — Die Rolle des Lües Buder Tabes und der Paralysis progressita. (*Pester med. chir. Presse*, n° 3. — (*Revue Neurolog.*, t. VI, p. 144.)

* **Viannay**. — De la fréquence des lésions tertiaires chez la femme et de son importance en clinique et en pathologie. (*Ann. de Dermatol. et Syphiligraphie.*)

1899 * **Homen**. — Contribution à la question de la syphilis et du tabes. (*Neurolog. Centralblatt*, p. 439.) — *Revue Neurolog.*, t. VII, p. 664.)

* **Leclerc**. — *Les traitements actuels du tabes dorsalis*.

* **Touche**. — Syphilis et tabes. (*Presse médicale*, 15 mars, p. 124.)

1900 * **P.-J. de Bruïne Ploos van Amstel**. — L'ataxie locomotrice progressive. (*Lyon médical*, p. 38.)

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction .....

Chapitre I. — Historique 7

Chapitre II. — Principales statistiques relatives à l'étiologie syphilitique du tabes 23

Observations personnelles 33

Chapitre III. — Principaux arguments invoqués pour et contre l'étiologie syphilitique du tabes. — Rôle des syphilis ignorées 117

Chapitre IV. — Le tabes considéré chez la femme et chez les enfants. — Le tabes chez les prostituées 131

Chapitre V. — Syphilis graves ou légères. — Influence de l'âge. — Syphilis traitées ou non traitées 143

Chapitre VI. — Influence de la prédisposition nerveuse. — Rôle des excès, du traumatisme et des intoxications 155

Chapitre VII. — Le tabes dans les diverses races 179

Chapitre VIII. — Le traitement mercuriel dans le tabes... 199

Conclusions 209

Bibliographie 211

Lyon, imprimerie C. ALRICY, 5, cours Lafayette